53350.

# ENCYCLOGRAPHIE

DES

# SCIENCES MÉDICALES,

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION

D'UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS.

---

**TOME TRENTIEME** (2me SÉRIE.)

---

JUILLET 1838.

---

**BRUXELLES,**

SOCIÉTÉ ENCYCLOGRAPHIQUE DES SCIENCES MÉDICALES,

RUE DE FLANDRE, N° 155.

1838.

# BULLETIN MÉDICAL

## BELGE,

RÉDIGÉ

## PAR UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS,

ET PUBLIÉ SOUS LA DIRECTION DE


## J.-R. MARINUS,

DOCTEUR EN MÉDECINE, SECRÉTAIRE-ADJOINT DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES, MEMBRE CORRESPONDANT DE L'INSTITUT HISTORIQUE, DE LA SOCIÉTÉ ROYALE DES SCIENCES, LETTRES ET ARTS D'ANVERS, DE LA SOCIÉTÉ SCIENTIFIQUE ET LITTÉRAIRE DU HAINAUT, DES SOCIÉTÉS DE MÉDECINE DE LOUVAIN, DE GAND, D'ANVERS, DE CAEN, DE LA SOCIÉTÉ POLYTECHNIQUE DE PARIS, DE L'ACADÉMIE DE CHIRURGIE D'AMSTERDAM, DU CERCLE MÉDICAL ET DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE MONTPELLIER, DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE WESTMINSTER, DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE DU GRAND-DUCHÉ DE BADE.



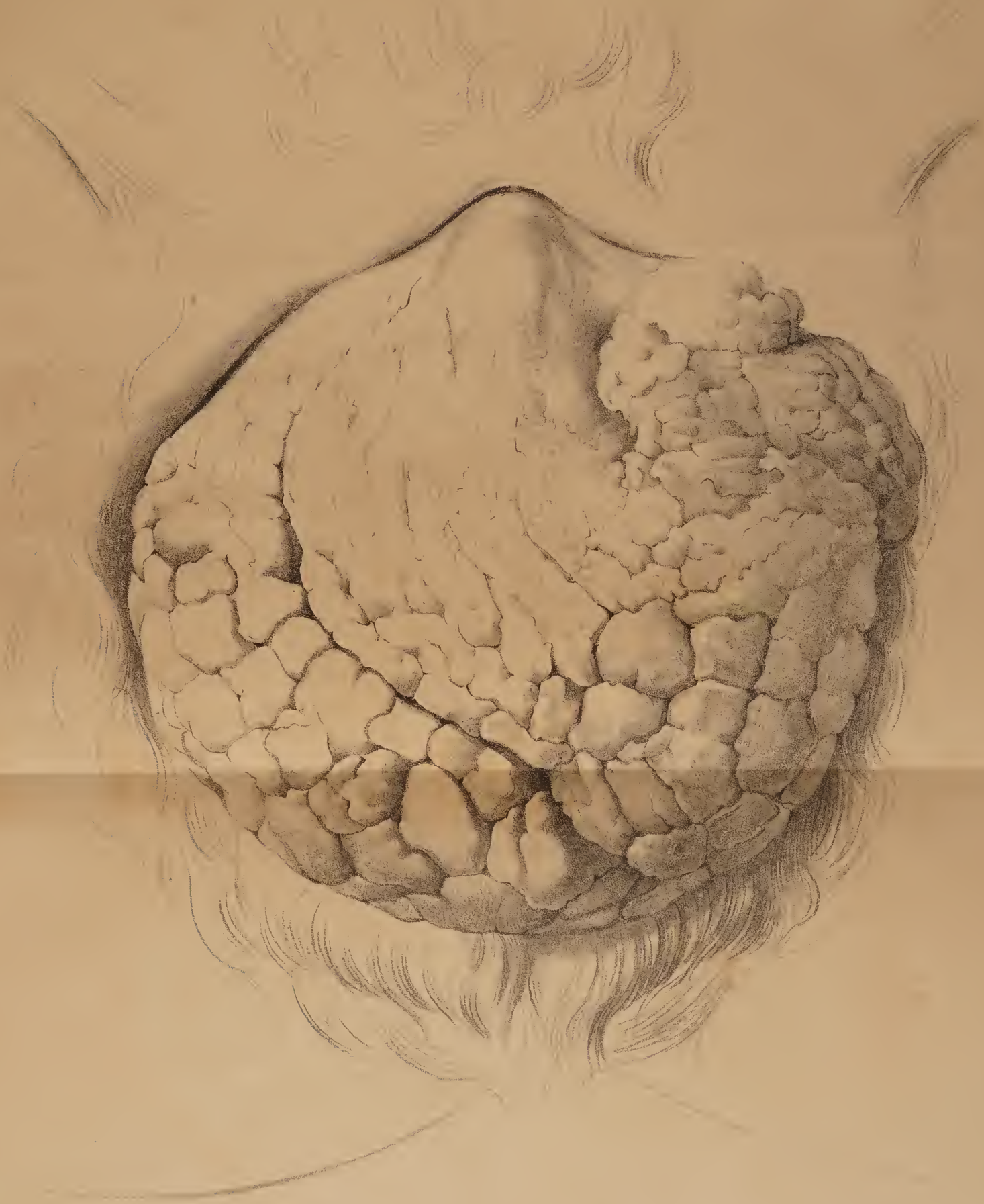
**BRUXELLES,**

SOCIÉTÉ ENCYCLOGRAPHIQUE DES SCIENCES MÉDICALES,

RUE DE FLANDRE, N° 155.

1838.

Pl. I.



Pl. II.

# BULLETIN MÉDICAL BELGE.

N° 7. — JUILLET 1838.

## MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

—

ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES.

—

### CAS CURIEUX DE MALADIE DU CLITORIS.

*Tumeur de texture lardacée, cartilagineuse, du poids de 3 onces des P.-B. — Engorgement squirrheux des nymphes. — Nymphotomie. — Ablation. — Hémorrhagie artérielle. — Cautérisation avec le nitrate d'argent fondu. — Guérison prompte.* — Observation recueillie par le docteur Schoenfeld, ancien médecin militaire, etc., à Charleroy.

La femme d'un ouvrier cordonnier, nommé Genty, de Charleroy, âgée de 28 ans, d'une forte constitution, d'un tempérament sanguin, mariée depuis quelques années, sans enfants, mais ayant eu un avortement de quelques mois une année auparavant, vint me consulter le 31 mars 1836 pour ce qu'elle appelait une *maladie de matrice.* Elle me raconta que quatorze mois avant cette époque, elle avait fait, pour lever un fardeau, un effort à la suite duquel il lui était survenu aux parties génitales un sentiment de chaleur insupportable. Peu de temps après, il se manifesta des douleurs à la région des lombes, au bas-ventre et aux aines, ainsi que dans la cuisse droite; elle était constipée, et plus tard l'excrétion de l'urine ne put avoir lieu sans être accompagnée et suivie d'un sentiment douloureux. Les menstrues étaient irrégulières, parfois assez copieuses et suivies de leucorrhée. Les autres fonctions s'exécutaient bien.

Ces renseignements me portaient à supposer l'existence d'une affection utérine assez grave; mais je fus bientôt détrompé lorsqu'en touchant ma malade, je rencontrai l'orifice du vagin presque obstrué par la présence d'une tumeur sèche, fortement granulée, ridée et résistante.

Je passai immédiatement à une exploration plus régulière de la partie en mettant la femme au jour, couchée sur une table, les jambes écartées.

La planche n° 1, donnera l'idée la plus exacte de la disposition de la tumeur. Le clitoris hypertrophié avait, en quatorze mois, acquis ce volume; il avait pris la couleur de la peau, il était très-dur et n'était sensible qu'au point de son insertion. Les nymphes partageaient ce degré de développement et étaient d'une consistance presque squirrheuse, plus prononcée au bord extérieur. Les autres parties de l'appareil génital paraissaient saines; l'orifice utérin était quelque peu dilaté.

En réfléchissant sur l'origine de cette singulière maladie, je reconnus facilement que l'effort que la malade rapportait avoir fait, ne rendait compte ni du haut degré de développement ni de l'état d'altération de l'organe. Je crus pouvoir donner à cette femme l'assurance de la débarrasser de son infirmité; et gagnant alors de plus en plus sa confiance, je parvins à lui faire avouer que depuis longues années elle avait fait le plus grand abus des jouissances vénériennes et qu'elle avait commencé par la masturbation excessive.

Le cas me parut assez extraordinaire pour nécessiter quelques réflexions de ma part sur les moyens à employer. Je renvoyai ma malade au lendemain en l'assurant toutefois que je la délivrerai du fardeau incommode qu'elle portait.

Je me décidai à enlever la tumeur en même temps que je pratiquerai la nymphotomie, afin d'amener une cure radicale; mais la malade ne reparut point chez moi le lendemain, et ce ne fut que quelques jours plus tard que je pris le parti de m'adresser à son mari, à qui je devais supposer le plus vif désir de voir sa femme débarrassée d'une infirmité aussi dégoûtante. Je ne m'étais point trompé dans mes prévisions et il décida sa femme à se laisser opérer, le 8 avril suivant à 10 heures du matin.

Assisté de mon savant confrère, M. le docteur Pierard, je plaçai la femme sur une table, devant une fenêtre bien éclairée en la faisant tenir par deux aides. Deux coups de ciseaux enlevèrent les deux nymphes squirrheuses jusqu'à leur ligne d'in-

section ; la tumeur fut ainsi promptement isolée ; et de crainte que l'artère clitoridienne n'eût acquis un calibre considérable, je plaçai une ligature au pédicule de la tumeur, et un coup de bistouri porté hardiment de bas en haut en amena l'ablation complète. Toute l'opération avait duré quelques instants.

Immédiatement après que la tumeur fut enlevée, la ligature s'échappa sans qu'il en résultât d'hémorrhagie. Nous attendîmes au moins pendant un quart d'heure croyant qu'elle allait survenir ; mais il n'existait d'autre écoulement de sang que celui provenant des nymphes enlevées et s'en échappant en nappe.

Je tamponnai et appliquai un bandage en T ; puis je fis porter la femme à son lit.

Lorsque nous la quittâmes, la malade était dans un état on ne peut plus satisfaisant après une opération qui, bien que prompte, avait été très-douloureuse. Je crus cependant devoir prendre la précaution de laisser, en m'éloignant, les moyens nécessaires pour combattre l'hémorrhagie, si elle survenait.

La planche n° 2, représente fidèlement la tumeur du côté de la vulve et le calibre de l'artère du clitoris. Elle n'était point de texture fibreuse, mais constituée d'une substance blanchâtre, lisse, semblable à du lard et comme cartilagineuse ; examinée avec une loupe ordinaire, on voyait qu'elle était sillonnée d'une infinité de capillaires qui présentaient une grande quantité de petits trous.

La tumeur était du poids de 3 onces des P.-B.

Vers une heure de relevée on vint m'appeler en toute hâte ; je trouvai la malade sans connaissance, d'une pâleur mortelle et baignée dans son sang.

J'enlevai promptement l'appareil et je cautérisai immédiatement l'artère divisée, ainsi que les plaies résultant de l'excision des nymphes, à l'aide du nitrate d'argent fondu, sauf à en venir à l'emploi du fer rouge si la chose devenait nécessaire. Je couvris ensuite des morceaux d'amadou, avec la plus grande quantité possible de poudre fine de colophane, je les appliquai et j'établis, au moyen d'un nouveau bandage en T, une compression modérée.

Ces moyens réussirent à arrêter l'hémorrhagie ; des secours ultérieurs achevèrent de rappeler la malade à la vie.

Malgré l'énormité de la perte de sang et bien que la syncope eût été longtemps prolongée, mes efforts furent heureusement couronnés de succès. La convalescence fut de courte durée. L'eschare se détacha au bout de quelques jours et laissa voir un tissu de bonne nature, qui se cicatrisa rapidement sans autres moyens que l'emploi de la charpie.

Quinze jours plus tard, cette femme avait repris ses occupations habituelles et elle n'a cessé depuis lors de jouir d'une parfaite santé.

Réflexions.—Je vais essayer maintenant de faire ressortir ce qu'il y a de remarquable dans l'observation que je viens de rapporter.

Les maladies du clitoris ne sont point rares, et depuis plus de quinze années que je m'occupe de l'étude et du traitement des maladies de l'appareil génital de la femme, j'en ai rencontré plusieurs de nature à pouvoir être publiées ; c'est ce dont je m'occuperai en même temps que je ferai connaître de nombreux cas particuliers que j'ai recueillis de maladies des organes de la génération.

De tous les appareils, l'utérus est celui qui doit montrer la plus grande tendance pour des productions morbides, et l'on peut facilement s'en rendre compte par l'effet des changements divers de vitalité, de circulation, qu'il a à subir. Les végétations du clitoris et les tumeurs de cette partie surtout, frappent l'observateur sous le rapport de la diversité de leur texture. Mais ces tumeurs dépendent-elles réellement du clitoris ? ou bien ne sont-elles que des applications ou des prolongements des fibres de cet organe ?

On a prétendu (Breschet) que le mot *polype* devrait être proscrit du langage médical, par la raison que ce mot, comme beaucoup d'autres expressions d'une signification trop générale, n'exprime rien de déterminé. Les praticiens attachent cependant au mot *polype* une signification particulière et toute différente de ce qu'ils entendent par *tumeur* ; comment en effet, distinguer les végétations qui naissent dans les cavités tapissées par les muqueuses, d'avec celles qui sont produites sur d'autres surfaces. Dans l'observation que j'ai rapportée plus haut, la présence de l'artère clitoridienne ne suffit point pour que l'on puisse considérer la tumeur comme une hypertrophie.

Les annales de la science renferment fort peu de cas qui offrent de l'analogie avec celui dont nous nous entretenons. Quant à ce qui est du traitement, les écrivains se sont bornés à poser quelques règles de conduite à suivre en général.

L'intéressant ouvrage que nous devons à madame Boivin et à Dugès (*Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes, etc.*, accompagné d'un atlas), ne contient que quelques données générales, sur les déformations, excroissances et dégénérescences de quelques parties de la vulve ; on y trouve relatées deux observations de maladies du clitoris ; dans un cas il était squirrheux, dans l'autre il était le siége d'un cancer fongueux, et tous les deux se sont terminés par la mort.

Boyer (*Traité des maladies chirurgicales*, Paris 1825, volume x, p. 400), s'occupe d'une manière générale des vices de conformation du clitoris ; mais j'ai été frappé de la netteté, de la concision et surtout de l'application pratique du peu de mots qu'il en dit. Je le laisserai parler...

« Il (ce vice de conformation) expose encore à
» des souffrances réelles pendant les actes..... de
» l'amour et l'homme lui-même est gêné par cette
» repoussante monstruosité.

» Alors donc que le clitoris a de trop fortes di-
» mensions, il faut le retrancher. On a proposé
» pour cela la ligature, elle est trop lente et cause

» beaucoup de douleurs. Le bistouri est préférable.
» On fait cette opération comme celle de la verge,
» seulement le précepte de tirer la peau à soi n'est
» pas applicable. Les mêmes moyens conviennent,
» à quelques modifications près pour arrêter l'hé-
» morrhagie. Le clitoris est quelquefois le siége
» d'une tumeur squirrheuse ou cancéreuse ; l'am-
» putation est alors indiquée. »

Notre observation n'est pas sans offrir de l'intérêt sous le rapport de l'opération pour laquelle je ne m'étais décidé qu'après avoir hésité et mûrement réfléchi. — J'aurais pu me servir, pour l'amputation du clitoris, de ciseaux au lieu du bistouri, comme on le fait fréquemment en Allemagne (*Conf. Blasius's Handwörterbuch der gesammten Chirurgie und Augenheilkunde*, Leipzig 1836, vol. I); il peut être très-souvent avantageux de s'en servir, mais la difficulté de s'en procurer de convenables pour cette opération a fait que je leur ai préféré le bistouri.

Nous avons vu, par cette opération, que l'on peut encore espérer une guérison rapide et radicale dans des cas d'altération déjà bien avancée ; jusqu'à ce jour (mars 1838), la cure s'est parfaitement maintenue.

Quant à l'hémorrhagie, je ne puis m'en expliquer l'apparition tardive que par l'espèce de torsion que l'artère du clitoris a subie par l'effet de la ligature que j'avais apposée avant de procéder à l'ablation.

Il est très-probable aussi que l'ébranlement du système nerveux par une opération de ce genre, et sa réaction sur la circulation furent cause de cette hémorrhagie tardive, et que le sang n'a coulé que lorsque le spasme avait cessé. Je partage en tout point, à ce sujet, les idées émises par mon ami M. Cunier, à propos de la nécessité de lier toujours avec soin tous les vaisseaux après les opérations en général (*Bulletin médical belge*, mai 1836). Ici la difficulté de lier l'artère clitoridienne était assez grande, et j'avais cru pouvoir triompher facilement de l'hémorrhagie si elle survenait. — J'ai du reste eu occasion d'observer, à plusieurs reprises, ce phénomène toutes les fois que l'on apposait des ligatures, et principalement lorsque c'était pour procéder à l'ablation des tumeurs utérines. Il est toujours prudent de prendre toutes les précautions dont j'ai parlé plus haut, lorsque l'on voudra enlever des tumeurs dépendant de l'utérus et même du vagin et des lèvres. Il existe des cas où la ligature est presque impraticable et on doit être préparé à combattre l'hémorrhagie par le tamponnement, les styptiques, les caustiques, etc. Madame Boivin (op. cit.) se sert de l'alun en poudre ; mais j'ai trouvé que la colophane était plus convenable en ce qu'elle déterminait immédiatement la formation d'un caillot.

Je ne terminerai point sans entrer dans quelques considérations toutes pratiques.

On a vu, par le diagnostic, quelles sont les questions générales que j'avais adressées de prime abord à la femme Genty, questions qui tendaient à obtenir des renseignements sur l'histoire des progrès du mal et du traitement qu'elle avait subi antérieurement. J'avais appris d'elle qu'un confrère qu'elle avait consulté, lui avait ordonné des lotions d'eau froide et une application de quelques sangsues, sans s'être même enquis d'une manière complète de la véritable nature et du siége de la maladie.

N'est-il point surprenant que si peu de praticiens s'adonnent à l'étude des maladies de l'utérus et de ses annexes? Cela n'est-il pas d'autant plus déplorable que la majeure partie de ces maladies, auxquelles succombent tant de femmes, ne deviennent mortelles que parce que les premiers soins ont été mal-entendus? Notre enseignement universitaire est, en grande partie, la cause de ce manque de connaissances; l'étude des maladies de la femme offre un vaste champ, et réclame une large part dans les cliniques médicales et chirurgicales. L'Allemagne a des chaires consacrées à cette spécialité ; on y enseigne la physiologie, et même la psychologie de la femme et le traitement des maladies du système de l'utérus. C'est dans les écoles seulement, que l'élève peut trouver l'occasion fréquente de *s'exercer* à l'exploration des maladies de l'utérus; c'est là seulement et non plus tard dans la pratique, qu'il parvient à vaincre pour toujours sa répugnance de toucher des plaies, des tumeurs, etc., souvent dégoûtantes, et c'est cette répugnance qui fait que jamais, par la suite, il ne porte un diagnostic exact de la maladie pour laquelle on vient réclamer les secours de son art.

Les beaux travaux de madame Boivin et de Dugès prouvent jusqu'à quel haut degré de perfectionnement peut être poussée la culture de cette branche si importante de la médecine, tant sous le rapport de la pathologie que sous celui de la thérapeutique. Cet ouvrage devrait, sans contredit, se trouver entre les mains de tout praticien ami de la science et de l'instruction.

---

*Rapport fait à la Société sur l'observation qui précède.*

M. le docteur Schoenfeld, ancien médecin militaire à Charleroy vous a communiqué une observation intéressante. Il s'agit de l'extirpation d'une tumeur énorme formée aux dépens du clitoris et des nymphes, suivie d'une hémorrhagie abondante fournie par l'ouverture de l'artère clitoridienne.

Les maladies de ces organes, si elles ne sont pas rares, forment au moins rarement l'objet d'une observation, ainsi que l'auteur de l'observation a soin de le faire remarquer.

M. Schoenfeld rapporte d'abord l'histoire de la maladie, décrit le procédé opératoire qu'il a suivi, expose avec soin les accidents auxquels l'opération a donné lieu et termine par des considérations sur l'opération en général, le diagnostic des maladies

des organes génitaux de la femme, et l'utilité de la création d'une chaire pour l'enseignement spécial de ces maladies.

Deux planches représentant la tumeur avant et après l'opération accompagnent son travail.

L'auteur a employé le bistouri pour pratiquer l'opération, non par préférence aux ciseaux, mais parce qu'il n'a pu se procurer facilement ceux-ci, dont l'usage, dit-il, est fréquent en Allemagne.

Le bistouri, toutes choses égales d'ailleurs, nous paraît plus facile à manier, à diriger dans les opérations. Les résultats que l'on en obtient nous semblent plus prompts.

Cet instrument tranche avec moins de douleur et plus nettement. Vos commissaires pensent donc qu'il mérite la préférence, surtout dans le cas rapporté par le docteur Schoenfeld.

Si l'hémorrhagie qui s'est déclarée longtemps après l'opération ne s'est pas montrée immédiatement, ce retard lui paraît devoir être attribué à la cessation de la torsion de l'artère du clitoris obtenue par la ligature du pédoncule de la tumeur avant l'ablation, et à la réaction du système nerveux sur la circulation après que le spasme provoqué par l'ébranlement de ce système eut cessé. Ne doit-on pas ranger aussi parmi ces causes, la formation des caillots obstruant l'orifice des vaisseaux, la retraction des tissus généralement observée dans les opérations, etc., notamment lorsqu'ils ont été longtemps tiraillés par le poids d'une tumeur du calibre de celle que portait la femme Genty? Le docteur Schoenfeld ne dit point pourquoi il a procédé presque immédiatement au pansement, négligeant les craintes manifestées par lui-même sur l'hémorrhagie que pouvait produire l'artère du clitoris déjà singulièrement développée comme les tissus qu'elle devait nourrir, et les règles de prudence prescrites par Dupuytren et les grands opérateurs, lesquelles consistent à laisser un intervalle de plusieurs heures entre l'opération et le pansement définitif.

L'auteur nous paraît attacher une trop grande importance à l'emploi de la colophane pour arrêter l'hémorrhagie dangereuse qu'il eut à combattre. Et si la cautérisation par le nitrate d'argent nous semble avoir plus puissamment que la colophane contribué aux succès des moyens mis en usage par l'opérateur, nous croyons que ce succès a été singulièrement favorisé par l'état de faiblesse de l'opérée pendant l'emploi des moyens hémostatiques.

A l'occasion des considérations pratiques auxquelles il s'est livré, l'auteur a émis une opinion qui nous paraît un peu hasardée. Il pense que l'étude des maladies de l'appareil génital est négligée dans nos universités, et il conclut à l'érection d'une chaire spéciale.

Nous avons vainement cherché les raisons péremptoires à l'appui d'une opinion si peu favorable à notre enseignement universitaire, et au savoir des chirurgiens de notre pays. Nous nous permettrons de faire observer que nous avons trop de foi dans le jugement du docteur Schoenfeld pour croire que, parce ce qu'un confrère appelé avant lui n'a pas exploré attentivement une malade confiée à ses soins, il soit autorisé à conclure que ce confrère est ignorant, que *peu de praticiens s'adonnent à l'étude des maladies de l'utérus et de ses annexes, et que notre enseignement universitaire est en grande partie la cause de ce manque de connaissances.*

M. Schoenfeld semble ignorer que les femmes montrent généralement une grande répugnance pour les explorations génitales, et que ce n'est souvent qu'après bien des refus que le médecin parvient à les y soumettre. N'est-ce pas à raison de cette répugnance que la femme Genty a caché au premier médecin le développement d'une tumeur énorme dont elle ne pouvait ignorer la présence?

L'ensemble de la maladie ne se présentait-il pas d'ailleurs de manière à donner le change à tout autre praticien non prévenu de la présence d'une tumeur aux parties externes de la génération? Si, selon l'auteur, les symptômes avoués n'ont pas prouvé l'existence de la métrite chez le sujet de cette observation, au moins ces symptômes étaient singulièrement présomptifs. En effet, il y avait douleurs de reins, du bas-ventre, des aines et de la cuisse droite, sentiment de chaleur insupportable, constipation, excrétion urinaire douloureuse, menstruation irrégulière, leucorrhée, ensemble d'un état morbide précédé d'avortement. Personne n'aurait supposé par l'énumération des accidents de cette nature, une maladie du clitoris. Nous pourrions ajouter: faut-il, pour asseoir un jugement aussi général sur l'enseignement médical d'un pays et le savoir d'un corps médical tout entier, se fonder sur les assertions d'une malade qui a peut-être refusé de se soumettre à un examen bien approfondi de son accident.

Nous ne pensons pas, nous, que l'étude des maladies de l'appareil utérin soit négligée dans notre pays. Nos relations avec nos confrères, les renseignements puisés dans nos universités, prouveraient au besoin, que l'opinion du docteur Schoenfeld est fort erronée et fondée bien légèrement sur des suppositions gratuites, puisées dans les circonstances d'un diagnostic légèrement établi.

Quoiqu'on rencontre tous les jours dans la pratique des maladies dont la source a échappé au médecin, soit par inattention, soit par la volonté du patient, il serait absurde d'en conclure que ces maladies ont été imparfaitement étudiées. Un enfant en bas âge, trop jeune pour s'expliquer la cause de ses douleurs, jetait depuis trois jours des cris continuels. Les soins donnés pendant ce temps par un médecin, qui lui trouvait de la fièvre, de la chaleur à la peau, de la soif, la face colorée, le pouls élevé, dur, fréquent, avaient été inutiles. Un deuxième médecin est appelé; on délibère, on prescrit, on exécute; rien n'y fait, les cris ne discontinuent pas. Un troisième fait deshabiller l'enfant, l'examine avec soin, et reconnaît la fracture des deux cuisses;

l'appareil appliqué, les cris cessent, la fièvre se calme, l'enfant dort d'un profond sommeil. Eh bien! si les fractures ont été méconnues, en conclura-t-on, avec raison, que l'étude de ces solutions de continuité est négligée dans nos universités, qu'il faut créer une chaire spéciale pour l'étude des fractures.

Un homme vient consulter l'un de nous pour un mal à l'œil droit qui a résisté depuis six mois au traitement le plus régulièrement suivi. L'œil était rouge, sensible à la lumière. L'accident provenait de l'introduction brusque du doigt entre les paupières. Le renversement de la paupière inférieure en dedans avait eu lieu, les cils irritaient continuellement la conjonctive. La cause de la résistance du mal à tous les remèdes, fut trouvée dans la présence de ce renversement. Un emplâtre de diapalme fut appliqué de manière à redresser la paupière et à éviter le contact des cils avec la conjonctive, et le malade obtint, au bout de huit jours, une guérison radicale.

Ce fait vous décidera-t-il à émettre l'opinion que l'étude des maux d'yeux est négligée dans notre pays? En arguera-t-on la nécessité d'une chaire ophthalmologique?

Un homme se plaint d'un mal dans le côté gauche vers la huitième côte; la respiration est gênée; l'inspiration provoque la toux et augmente la douleur; le pouls est large. C'est un homme actif, laborieux; il a eu trois jours auparavant un frisson et des envies de vomir. Un examen superficiel et inattentif m'aurait décidé à conseiller la saignée. C'étaient bien là des symptômes de pleurodynie ou de pleurésie. Point du tout; le côté affecté mis à nu me montra un grand nombre de boutons vésiculaires offrant le caractère du feu persique. C'était en effet un zona affectant une grande partie du côté gauche.

Doit-on conclure de ce fait que les maladies de la peau sont imparfaitement connues et qu'une chaire spéciale devrait être affectée à l'étude de ces maladies? Les Annales de la science fourmillent de faits semblables et personne n'en a conclu que la médecine est imparfaitement étudiée.

Quoi qu'il en soit, l'observation du docteur Schoenfeld est curieuse. Le soin qu'il a mis à la recueillir, plusieurs remarques judicieuses qui accompagnent son récit, la prudence avec laquelle il a procédé à l'opération, l'investigation soignée à laquelle il a soumis la tumeur après son ablation dénotent un ami de la science, un praticien habile.

Nous vous proposons en conséquence de le proclamer membre correspondant et de l'inviter à communiquer à la Société les cas particuliers des maladies de la femme, qu'il paraît avoir observés dans sa carrière médicale, et dont il est question dans l'observation soumise à votre jugement.

V. Uytterhoeven, rapporteur.
J. R. Marinus, commissaire.

ESSAI

SUR LES

## MALADIES PÉRIODIQUES;

Par M. le chevalier P. Manni, professeur de médecine à l'université de Rome, membre des Sociétés de médecine de Paris, Londres, Palerme, Naples, Bruxelles, etc. (Rapport de M. Meisser).

Parmi les phénomènes morbides qu'on observe le plus souvent, et sur lesquels on a écrit longuement, on doit compter la périodicité ou intermittence de certaines fièvres.

On sait combien de conjectures, combien d'hypothèses ont été débitées à différentes époques pour expliquer ce phénomène.

Ceux qui en ont fait un être pathologique spécial ont été obligés de le placer avec Willis, dans une prétendue fermentation du sang; avec Sylvius dans la rate; avec Grant, Senac, Pinel, Valcarenghi dans l'estomac ou dans le foie; Broussais et Goupil voient cet être dans une inflammation gastrique; Giacomini dans une angite; Boisseau le voit dans l'encéphale; Bricheteau dans une perturbation anormale du système nerveux ganglionaire. Rasori, en partant de cette observation que les fièvres intermittentes dominent de préférence dans les endroits bas, marécageux, où l'atmosphère est continuellement couverte d'un brouillard épais, dans lequel doivent voltiger des myriades d'atomes organisés, a cru pouvoir en déduire que la cause efficiente des fièvres intermittentes qui règnent dans les endroits très-humides, était due à l'introduction dans notre organisme de certains insectes ou monades ayant une vie de quelques heures; ces animalcules imperceptibles se développent dans les lieux marécageux, surtout pendant les grandes chaleurs, pénètrent dans notre corps, soit par les voies de la respiration ou de la digestion, soit par absorption dermique, s'y multiplient et déposent dans nos tissus leurs œufs, lesquels à la faveur de la chaleur animale, altèrent l'état physiologique de notre individu, et y déterminent des phénomènes pyrexiques. Comme les animalcules, d'après Rasori, n'ont qu'une existence vitale de six, douze ou vingt heures environ, on explique l'arrêt de paroxysme et son renouvellement par la ponte successive des œufs déposés dans le corps.

Quant à M. le chevalier Manni, qui, professeur de l'Université de Rome, a eu l'immense avantage d'avoir pour théâtre de ses observations et de ses expériences un des plus grands hôpitaux de cette capitale, où l'on ne traite surtout en été et en automne que des maladies périodiques, et où, pendant plusieurs années, ce savant clinicien a été à même de recueillir annuellement jusqu'à deux mille cas de ce genre de maladies, voici quelle explication il

donne à toute la série des phénomènes morbides qui déterminent un accès complet de fièvre intermittente.

Le stade principal et premier du paroxysme est celui du frisson; il se déclare spécialement dans l'appareil dermique, par une sorte de compression et un sentiment de froid qui envahit toute la périphérie du corps, et qui produit une apparente maigreur et une pâleur subite. Ce froid est du à une cause interne, il n'est que l'effet de la cessation temporaire des irradiations calorifères vers la peau.

Cet état cesse plus ou moins promptement pour donner lieu à celui de la chaleur.

Si dès le début de l'accès, la loi de continuité des voies gastriques avec la peau opère par consensus ou synergie, produisant dans l'intérieur un état d'atonie, en raison de l'influence qu'exerce la peau sur l'appareil nerveux affecté à la vie organique, bientôt une autre loi opposée à la première entre en action, c'est celle de l'antagonisme vital, laquelle agit alternativement avec la loi de sympathie ou de synergie; c'est cette loi même qui fait que dans l'hiver l'action digestive est d'autant plus active que celle de la peau est languissante, qui nous donne des frissons pendant la digestion, et nous dispose au sommeil lorsque l'appareil gastrique est dans sa plus forte activité. Alors commence le second stade du paroxysme qui succède à celui du frisson. La peau se colore et s'échauffe, la respiration devient plus libre, et le pouls prend de l'ampleur et de la fréquence.

Bientôt apparaît la troisième période, c'est celle de la crise; la sueur s'établit d'abord à la tête, puis au tronc et enfin aux membres; à cette condition morbide succède le calme du rétablissement.

Si les nerfs périphériques, le tissu cellulaire, les capillaires, et tout le tissu dermique, en un mot, eussent repris après le paroxysme toute leur normalité primitive, c'est à dire leur ton, leur énergie vitale, leur excitabilité spécifique, il ne serait alors plus question que d'une simple éphémère, mais cela n'a pas lieu dans les fièvres périodiques, lorsque l'action délétère d'un air marécageux ou de toute autre cause, agissant dès l'invasion du paroxysme, aura tellement modifié la manière d'être des nerfs cutanés de la vie organique, que leur vitalité primitive ne puisse plus se reproduire promptement. Le stade de la chaleur pourra bien, pendant un certain temps, leur donner un tant soit peu d'énergie, mais par le seul épuisement de leur vitalité, ils retombent bientôt dans l'état de langueur ou d'hyposthénie qui caractérisait les premiers accès.

Telle est l'analyse succincte de la partie didactique du livre de M. le chevalier Manni; le traitement rationnel de la fièvre périodique et l'action spécifique du quinquina pour la combattre, forment le sujet de la seconde partie. Le but de l'auteur est d'attirer l'attention des praticiens sur le principe actif de cet agent thérapeutique, ainsi que sur les substances qu'on pourrait leur substituer et sur la meilleure manière de les administrer.

Toutes ces questions sont traitées avec un savoir et une supériorité qui décèlent dans M. le professeur Manni un aussi bon logicien qu'un savant observateur.

---

## MÉMOIRES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE D'ANVERS.

—

# MÉMOIRE

SUR

## L'APPLICATION DU FORCEPS AU DÉTROIT INFÉRIEUR;

Par H. J. Bodart, docteur en médecine, membre correspondant de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles.

Lorsque la tête de l'enfant est arrivée au passage, et qu'il existe entre les diamètres de cette tête et ceux du détroit inférieur une disproportion relative telle, que le praticien reconnaît évidemment l'impossibilité de l'accouchement par les seules forces de la nature, il doit, sans hésiter, avoir recours au forceps. Ce principe est reconnu et suivi par tous les accoucheurs, et je ne dois pas m'y arrêter.

Mais dans les cas, très-fréquents dans la pratique, où l'homme de l'art ne peut pas positivement affirmer si la tête, arrêtée au détroit périnéal, traversera ou non ce détroit à l'aide des seules contractions de la matrice, combien de temps peut-on et doit-on attendre avant d'appliquer le forceps? Voilà, ce me semble, une question d'une haute importance, et sur laquelle, il faut l'avouer, les praticiens sont loin d'être d'accord. Les uns, en effet, pour peu que la tête tarde à franchir la filière du bassin, s'empressent de la saisir avec le forceps, et terminent ainsi d'une manière brusque et violente un accouchement qui eût été naturel s'ils se fussent donné le temps d'attendre. Cette conduite est extrêmement blâmable; car s'il est vrai que dans les cas où l'application du forceps est nécessaire, le praticien ne doit pas être arrêté par la crainte de causer des blessures à l'enfant et des alarmes à la mère, il n'est pas moins vrai que, toutes les fois que cela est possible, il doit éviter ces inconvénients. Les autres, au contraire, attendent si longtemps avant de venir au secours de la nature que, soit qu'à la longue la matrice se débarrasse seule du produit de la conception, soit qu'ils aient enfin recours au forceps, la malheureuse femme, exténuée par de longues et violentes souffrances, accouche, pour comble de douleur, d'un enfant qui a cessé de vivre.

Je n'ai pas la prétention de déterminer positive-

ment combien d'heures on doit laisser la tête au passage avant de recourir au forceps. Mon seul but est d'appeler l'attention des praticiens sur une question qui me paraît très-importante, et de fournir quelques observations qui, si je ne me trompe, ne seront pas inutiles pour sa solution.

Obs. I. — B. B., âgée de 30 ans, avait déjà eu quatre enfants, et chaque fois elle avait accouché très-facilement et très-promptement. Le 16 janvier 1837, elle fut prise de nouveau des douleurs de l'enfantement. Arrivé près d'elle vers 9 heures du soir, j'appris que le travail avait commencé vers 6 heures. Les douleurs étaient déjà assez fortes; peu à peu elles allèrent en augmentant, et à 11 heures la tête, en première position, était arrivée au détroit inférieur. Dès lors, les contractions de la matrice devinrent extrêmement énergiques, et d'un moment à l'autre je m'attendais à voir sortir l'enfant. Cependant malgré les douleurs les plus violentes et les efforts inouïs de la femme, l'accouchement ne se terminait pas. A 3 heures du matin j'appliquai le forceps, et amenai un enfant vigoureux.

Obs. II. — C. J., âgée de 23 ans, primipare, ressentit les premières douleurs de l'enfantement le 20 juillet 1836, vers 4 heures du matin. Toute la journée se passa sans que le travail fît des progrès notables; mais vers le soir les contractions devinrent très-énergiques, et à 10 heures la tête était en première position, au détroit inférieur. Les forces et le courage de la femme, la bonne conformation du bassin, l'absence de toute tumeur anormale autorisaient à penser que l'accouchement se terminerait naturellement. Il n'en fut pas ainsi : après avoir vainement attendu jusqu'à 2 heures du matin, je fus obligé de me servir du forceps, et j'accouchai la femme d'un enfant bien portant.

Obs. III. — M. C., âgée de 31 ans, primipare, me fit appeler le 24 août 1835. Arrivé près d'elle, j'appris de la sage-femme que les douleurs avaient commencé vers 5 heures du matin, et que la tête était au passage depuis 6 heures du soir. Il était alors minuit. J'appliquai, sans hésiter, le forceps, et amenai un enfant mort.

Obs. IV. — J. P., âgée de 33 ans, primipare, fut prise des douleurs de l'enfantement le 4 mars 1837 vers 4 heures du soir. Arrivé près d'elle vers 9 heures, je trouvai la tête dans l'excavation du bassin. Les contractions de la matrice étaient fréquentes et énergiques, et à 1 heure du matin la tête se trouvait en première position, au détroit inférieur. Malgré les douleurs les plus violentes et les efforts de la femme, elle y demeura jusqu'à 5 heures. Je crus alors devoir recourir au forceps, et je retirai un enfant vigoureux.

Obs. V. — M. D., âgée de 28 ans, mère de deux enfants qu'elle avait mis au monde avec la plus grande facilité, me fit appeler le 5 décembre 1836. J'arrivai près d'elle à dix heures du soir. Elle était dans les maux depuis six heures. Le travail marchait bien, et à minuit la tête arriva au passage en première position. Rien n'annonçait qu'elle dût s'y arrêter longtemps. Cependant c'est ce qui arriva. A 5 heures du matin je proposai l'application du forceps; les parents s'y opposèrent. Enfin à 6 heures et quelques minutes l'accouchement se termina naturellement; mais l'enfant était dans un état apoplectique, et ce ne fut pas sans peine que je parvins à le rappeler à la vie.

Obs. VI. — A. D., âgée d'environ 30 ans, me fit appeler dans le courant du mois de septembre 1836. J'appris des parents de cette femme que dix-huit mois auparavant elle avait accouché, pour la première fois, d'un enfant mort. Ils attribuaient cet accident à ce que la tête avait séjourné trop longtemps au passage (environ 7 heures). Quoi qu'il en soit, cette fois l'enfant vint au monde bien portant; mais je n'avais laissé la tête que 4 heures au détroit inférieur avant d'appliquer le forceps.

Obs. VII. — A. P., âgée de 29 ans, primipare, me fit appeler dans le courant du mois de juin 1836. Arrivé près d'elle vers 11 heures du matin, j'appris de la sage-femme que la tête de l'enfant était au passage depuis 8 heures. J'attendis jusqu'à midi; voyant que les contractions les plus énergiques étaient insuffisantes pour déterminer l'expulsion de l'enfant et craignant pour la vie de celui-ci, je me décidai à avoir recours au forceps, et j'eus la satisfaction d'extraire une petite fille bien vigoureuse.

Obs. VIII. — H. D., âgée de 25 ans, primipare, éprouva les premières douleurs de l'enfantement le 23 septembre 1837, vers 6 heures du soir. Les contractions devinrent bientôt très-énergiques, et à 11 heures la tête était arrivée au détroit inférieur en première position. Il n'y avait rien d'anormal ni du côté du bassin, ni du côté des organes sexuels, et cependant l'accouchement ne se terminait pas. A 3 heures du matin, j'appliquai le forceps et amenai un enfant bien portant.

Obs. IX. — Le 4 février 1836, vers 9 heures du soir, je fus appelé auprès de C. D., âgée de 31 ans, primipare. Elle était dans les maux depuis 6 heures. Le travail marcha lentement jusque vers minuit. Alors les douleurs devinrent très-énergiques et la tête arriva au passage à 4 heures du matin. Tout permettait d'espérer que l'accouchement ne se ferait pas attendre; cependant à 9 heures il n'était pas encore terminé, et je crus devoir employer le forceps. L'enfant était déjà dans un état apoplectique, et j'eus beaucoup de peine de le rappeler à la vie.

Obs. X. — H. H., âgée de 33 ans, primipare, fut prise des douleurs de l'enfantement le 12 mars 1837, vers midi. Les douleurs ne devinrent fréquentes et énergiques que vers 9 heures du soir. A dater de ce moment le travail avança rapidement, et à minuit la tête de l'enfant était au passage en première position. Rien n'indiquait que l'accouchement dût se faire attendre; néanmoins ce ne fut qu'à l'aide du forceps que la femme mit au monde à quatre heures et demie un enfant bien portant.

Pour rendre plus sensible, au premier coup d'œil, le rapport qui existe dans les dix observations que je viens de rapporter, entre l'état des enfants au moment de leur naissance et le nombre d'heures pendant lesquelles leur tête a été arrêtée au passage, je résume ces observations sous forme de tableau.

| Observations. | Nombre d'heures pendant lesquelles la tête a séjourné au passage. | État de l'enfant. |
|---|---|---|
| I | 4 | bien portant. |
| II | 4 | bien portant. |
| III | 6 | mort. |
| IV | 4 | bien portant. |
| V | 6 | apoplectique. |
| VI | 4 | bien portant. |
| VII | 4 | bien portant. |
| VIII | 4 | bien portant. |
| IX | 5 | apoplectique. |
| X | 4 1/2 | bien portant. |

On voit d'après ce tableau que les six enfants dont la tête n'a séjourné au passage que pendant 4 heures sont venus au monde bien portants; qu'il en a été de même de celui dont la tête y a été arrêtée pendant 4 1/2 heures; que celui dont la tête a été retenue au détroit inférieur pendant 5 heures est né dans un état apoplectique; enfin que des deux dont la tête n'a franchi le passage qu'après y avoir été arrêtée pendant 6 heures, l'un est né mort et l'autre apoplectique.

S'ensuit-il que lorsque la tête de l'enfant sera retenue au détroit périnéal, on ne doive jamais attendre plus de 4 heures ou 4 1/2 heures avant de recourir au forceps ? Il y aurait peut-être de la témérité à formuler une loi aussi rigoureuse d'après un aussi petit nombre d'observations. Toutefois, vu que l'application du forceps au détroit inférieur est, le plus souvent, la chose du monde la plus facile ; que manié avec prudence et habileté, cet instrument n'est nullement dangereux ni pour la mère ni pour l'enfant ; qu'en différant trop de s'en servir on laisse horriblement souffrir l'un et peut-être mourir l'autre, je pense que quand on a vainement attendu pendant 4 heures, il est temps de venir au secours de la nature.

Du reste, j'ai déjà dit et je répète que mon but n'est pas de décider positivement la question dont je m'occupe, mais seulement d'appeler sur elle l'attention des praticiens et de les engager à joindre à mes observations celles qu'ils pourraient recueillir. C'est surtout, si je ne me trompe, dans des questions de la nature de celle dont il s'agit ici que la statistique trouve une heureuse application.

—

*Rapport fait à la Société sur le mémoire qui précède.*

Messieurs,

L'auteur de ce travail, s'est demandé combien de temps l'homme de l'art doit attendre avant d'appliquer le forceps, dans les cas où il n'a pu constater, dès l'arrivée de la tête au détroit inférieur, l'impuissance de la nature pour se débarrasser du produit de la conception.

Nous applaudissons aux louables efforts de l'auteur, qui ont eu spécialement pour but de déterminer le temps que l'enfant peut séjourner impunément au détroit inférieur, terme au delà duquel il ne peut y rester sans que son existence ne soit compromise.

M. Bodart blâme les praticiens qui mettent trop de précipitation ou trop de lenteur dans l'emploi du forceps, et cherchent un juste milieu. Il cite différentes observations qu'il a rapprochées sous forme de tableau.

Le séjour de l'enfant prolongé au delà de 4 1/2 heures paraît lui avoir été funeste; s'ensuit-il, demande l'auteur, qu'on ne doive jamais attendre plus de 4 à 4 1/2 heures pour dégager la tête au détroit périnéal ? Il semble le croire, et il appuie cette opinion par des faits très-intéressants ; cependant les annales de la science renferment un grand nombre d'observations qui tendent à prouver que cette règle est peu rigoureuse. Nous citerons les suivantes, dont la 1re est empruntée à Sir Edward William Murphi de Dublin, et les deux autres appartiennent au rapporteur.

1° N....., âgée de 30 ans, primipare à terme. Le 20 septembre à 9 heures, elle entre en travail par des douleurs fausses et pénibles. Le museau de tanche est dilaté de la largeur de six pences ; les bords en sont durs et gonflés. On prescrit une potion anodine, qui procure du sommeil pendant la nuit. Au réveil, douleurs fortes et régulières, mais revenant à des intervalles plus longs que de coutume : elles continuent pendant la journée du 21 ; à neuf heures du soir le col est dilaté de trois pouces environ ; il est mou et dilatable. La nuit suivante, les douleurs ont continué de la même manière. Vers le matin du 22, elles deviennent fortes et fréquentes ; à neuf heures du matin le col est complétement dilaté. A trois heures après midi, les eaux bombent fortement pendant quelque temps, elles se rompent ensuite ; *la tête reste pendant trois heures dans l'excavation :* pendant ce temps on peut sentir les battements du cœur de l'enfant. A sept heures, l'accouchement a lieu heureusement, mais l'*enfant était mort.*

2° L'épouse de M. J....., est au terme d'une première grossesse ; elle sent les douleurs de l'enfantement dans la journée du 5 janvier 1836. Appelé vers le soir, je remarque un commencement de travail. Vers minuit la poche fut percée ; à une heure la tête se trouvait dans l'excavation et faisait bomber le périnée. Dès ce moment le travail ne fit aucun progrès ; les douleurs se succédaient assez rapidement, et il y avait chaque fois issue d'un peu d'eau. A 5 heures même état; à midi la tête est toujours au même endroit; le soir aucun changement. Alors M. Jaques et moi nous décidons d'appliquer le for-

ceps et nous amenons un enfant plein de vie malgré son séjour de 20 *heures au détroit périnéal.*

3° Le 13 janvier 1838 je fus appelé à sept heures du soir chez le Sr. A....., son épouse avait atteint le terme d'une première grossesse ; pendant toute la journée elle avait ressenti des douleurs d'enfantement. L'orifice de la matrice était amplement dilaté et la poche des eaux très-développée ; celle-ci se rompit spontanément à 8 heures ; à 9 heures la tête était au détroit périnéal, mais alors chaque douleur était accompagnée d'un léger écoulement d'eau ; à minuit la tête était au même endroit ; une heure après, même état ; à 9 heures du matin, aucun changement n'était survenu nonobstant la fréquence des douleurs. Alors seulement j'appliquai le forceps, et j'amenai un enfant fort et robuste malgré son séjour *de* 12 *heures au détroit périnéal.*

Dans la pratique des accouchements les indications dépendent d'une foule d'éventualités qui empêchent d'établir des règles générales; et nous osons affirmer que la méthode numérique ne sera jamais applicable à l'art obstétrical.

Si les contractions de la matrice se succèdent rapidement et avec intensité et que la tête reste au détroit inférieur, l'obstacle que ces contractions portent à la circulation placentaire, et la compression prolongée qu'elles exercent sur l'enfant, doivent nécessairement nuire à ce dernier.

Si au contraire ces douleurs sont faibles, ou si elles ne sont pas expulsives, si les contractions utérines sont partielles ou peu intenses, le travail peut se prolonger pendant longtemps sans préjudice pour l'enfant.

Dans les observations rapportées par M. Bodart (les 2e, 3e, 9e et 10e), la lenteur du travail doit être attribuée à cette dernière cause; en effet, lorsque les forces ont été en quelque sorte épuisées par le travail nécessaire pour faire franchir le col utérin, il survient un moment de calme et de langueur qui peut se prolonger plusieurs heures.

La tête avait mis 10, 11, 12 et 18 heures pour arriver jusqu'au détroit inférieur ; était-ce l'étroitesse du détroit supérieur qui avait nécessité tant de labeur? Mais alors on n'avait rien à craindre du détroit inférieur, car il arrive très-souvent que l'un des détroits pêche par un défaut opposé à celui de l'autre; que si le détroit inférieur présente moins d'étendue que dans l'état que nous considérons comme naturel, le détroit supérieur est au contraire remarquable par une plus grande ampleur, et *vice-versâ.* La rigidité des parties molles, surtout chez des primipares, dont trois avaient dépassé la trentaine, nous paraît devoir être considérée comme la principale cause de cette lenteur.

La mort qui a frappé l'enfant dans la 3e observation de M. Bodart doit-elle être attribuée à la lenteur du travail? M. Bodart nous permettra de lui faire observer que cette observation est trop incomplète pour pouvoir porter un jugement quelconque; d'ailleurs il ne peut pas savoir ce qui s'est passé avant son arrivée.

Quoique nous ne soyons nullement de l'avis de M. Bodart, et que nous croyons qu'il est des circonstances dans lesquelles on peut raisonnablement ajourner l'application du forceps longtemps après que la tête s'est présentée au détroit inférieur, tandis qu'il en est d'autres où le moindre retard pourrait compromettre non-seulement les jours de l'enfant, mais même menacer l'existence de la mère, nous croyons que son mémoire mérite cependant d'être inséré dans les Annales de la Société, tant à cause de l'intérêt que présentent quelques-unes des observations qui s'y trouvent consignées, que par rapport à la nouveauté du point de vue sous lequel il a envisagé une question intéressante pour l'art obstétrical.

Nous avons l'honneur, MM., de vous proposer l'admission de M. Bodart comme membre correspondant de la Société.

LEVA, *rapporteur.*
VANCAMP, J. KOYEN, *commissaires.*

---

## THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

*Faits pratiques constatant l'efficacité des mercuriaux, calomel et onguent mercuriel double, comme antiphlogistique, et spécialement dans l'inflammation des séreuses ;* par V. DELHAYE, médecin à Montignies-sur-Roc (Hainaut).

Vouloir tout expliquer, en médecine, est le défaut de nos systèmes exclusifs et l'écueil de l'art : l'humorisme, le solidisme, le physiologisme, etc., nous démontrent cette vérité.

En traitant quelques-unes de ces parties de la science médicale, des auteurs, d'un grand génie, ont immortalisé leur nom. Leur gloire était à son apogée. Le titre de bienfaiteurs de l'humanité, qu'ils s'étaient acquis par leurs travaux, se fût attaché à leur mémoire, si, continuant comme ils avaient débuté dans la carrière, leurs théories s'étaient toujours basées sur l'observation et l'expérience. Élevés dans leur doctrine, nous en étions les zélés sectateurs; mais lorsque, éblouis eux-mêmes de leurs succès, ils voulurent faire courber tous les faits devant l'argumentation de leurs hypothèses, le charme de leur diction n'en imposa pas longtemps: peu à peu leurs plus ardents enthousiastes les délaissèrent, pour aller cueillir dans un champ moins fleuri, peut-être, mais plus fécond, le fruit de l'expérience.

En effet, qui de nous, après avoir payé un tribut de vingt années à la pratique, oserait contester une spécificité au kina, aux mercuriaux, aux solanées, etc. ; et, cependant, ne voit-on pas nos savants

physiologistes proscrire les maladies spécifiques et partant leurs remèdes. — D'après leur logique plus spécieuse que solide, ils n'admettent les premières qu'autant qu'elles se présentent toujours, avec les mêmes symptômes, chez tous les individus; et ils décident, par induction, que les seconds, pour mériter ce titre, devraient guérir toujours les mêmes affections, en tous temps, en tous lieux et chez tous les sujets.

C'est bien là un paradoxe. — La syphilis, par exemple, qui se montre sous tant de formes diverses : blennorrhagie, chancres, bubons, exostoses, etc., ce protée maladif en est-il moins une maladie spécifique, et les mercuriaux n'en sont-ils pas encore le remède propre, efficace? — Et la fièvre intermittente, accompagnée de tant de symptômes variés, pendant son accès, n'est-elle point aussi une maladie essentielle? et son fébrifuge, par excellence, n'est-ce point encore le kina? Soutenir l'antithèse, autant vaudrait refuser à un homme d'appartenir à notre espèce, pour avoir une légère hétéromorphie. On nous permettra donc de répéter encore ici cette vérité triviale : en présence des faits, bien observés, les systèmes les plus séduisants doivent rester muets.

Rien d'exclusif en médecine, telle doit être la règle de notre conduite. A l'exemple des praticiens consciencieux et les plus utiles à l'humanité, nous avons embrassé l'éclectisme. — Ses détracteurs le comparent à l'empirisme. Qu'importe pour nous, si cette secte en diffère autant que l'instinct diffère de l'intellect! — L'éclectisme recueille partout, compte, pèse les faits pour les calquer à une sage pratique; au contraire, l'empirisme, ne tenant compte de rien, adresse toujours les mêmes remèdes aux mêmes maux : c'est le médecin aveugle qui frappe indistinctement ou sur le mal ou sur le malade.

Ne poussons pas plus loin cette digression, si nous voulons éviter le reproche que nous adressons à d'autres. En publiant ce recueil d'observations, notre but est de rendre un faible témoignage de reconnaissance aux médecins philanthropes, dont les lumières nous ont éclairés. En expérimentant d'après eux, nous n'avons rien à revendiquer de la gloire qu'ils se sont acquise; mais en rappelant leurs services et ceux que nous croyons avoir rendus, en suivant leur méthode, nous ne mériterons pas, peut-être, d'être comparé à la mouche du coche, dont le bourdonnement fatigue sans pouvoir être utile.

## § I. *Emploi des mercuriaux dans les ophthalmies.*

Ire Observation. — Il y a quelques années, je fus appelé, à Angre, pour une fille de onze ans. Sa constitution était nerveuse. Depuis deux mois environ, elle souffrait cruellement des yeux. Ce mal avait paru déjà à divers intervalles et des remèdes familiers l'avaient calmé. Cette fois, ils furent sans effet. A ma visite, tel était l'état de la malade : douleurs vives, traversant l'axe antéro-postérieur de l'œil gauche, photophobie, fièvre, inappétence, la nuit amenant un peu de rémission. Cette malheureuse tenait la tête appuyée, sans cesse, sur les genoux : le tarse en avait contracté une telle incurvation, en avant, qu'on ne pouvait le redresser qu'avec peine. — L'examen de l'œil, que je fis très-difficilement, me présenta : Cornée ayant perdu partiellement sa transparence, surtout inférieurement, où existait une ulcération comprenant les trois quarts environ de son épaisseur. Œil droit sain, ne souffrant que sympathiquement. — Kératite chronique, passée à l'état aigu avec symptômes nerveux. — A cette époque, j'étais tout physiologiste. J'employai donc énergiquement tous les moyens que cette doctrine préconise en pareil cas : saignée de pied, sangsues, vésicatoire, séton, diète, etc., sans que la malade en retirât le moindre soulagement. — Alors, M. Stievenart de Mons, me fut adjoint. D'accord avec moi sur les lésions pathologiques, ce médecin oculiste, justement famé, en différa sur le traitement à appliquer. Fort de la guérison de cent faits semblables, ce praticien me proposa le calomel uni à la belladone, ajoutant avec cette modestie et cette confiance, résultat de nombreux succès et qui fait taire les plus brillantes hypothèses : notre patiente sera guérie dans la quinzaine. Nous prescrivîmes des pilules, six par jour, composée chacune d'un quart de grain de calomel préparé à la vapeur, et d'un sixième de gr. de poudre de feuilles de belladone; un collyre, avec eau de laurier-cerise, demi-once; laudanum de Sydenham, un gros; calomel, réduit en poudre très-tenue, trois grains; à porter dans l'œil malade, au moyen d'une plume échancrée; frictions sur le sourcil, trois fois par jour, avec dix grains d'extrait de jusquiame. Au 3e jour de ce traitement, la malade se promenait dans sa chambre et pouvait fixer les objets sans douleurs; vers le quinzième, la cure était complète. De cette violente ophthalmie, il ne restait plus qu'une légère taie, en place de l'ulcération de la cornée. Qu'on veuille noter qu'un régime analeptique fut prescrit en même temps, malgré les symptômes de gastrite.

Si mon étonnement fut grand en présence d'un résultat si nouveau pour moi, je ne regrettai pas moins d'avoir oublié, depuis longtemps, l'Encyclographie médicale. — Malade, moi-même, depuis deux ans, j'avais dû abandonner tout travail intellectuel. Rendu enfin à un meilleur état, je repris la lecture de l'Encyclographie, de ce bréviaire de tout médecin qui veut mériter ce titre. Je remarquai que M. Rognetta avait employé, avec succès, les mêmes moyens, ou à peu près, comme il le consigne dans la 95e observation de son mémoire, année 1833. — La leçon que je reçus de mon collègue Stievenart, ne fut pas perdue pour moi : bien tôt je la mis en pratique sur un être qui m'était plus cher que la vie.

IIe Obs. — Un de mes enfants, petite fille âgée de sept ans, nerveuse, née à sept mois, avait conservé, depuis son bas âge, une telle irritabilité des yeux

que la moindre cause lui donnait une ophthalmie. Vis-à-vis de la prunelle droite, on apercevait un léger nuage. Lorsque le mal voulait prendre un certain degré de violence, on le calmait avec des lotions d'extrait de belladone dans l'eau. Vers sa septième année, cette enfant fit la fièvre scarlatine, compliquée d'une violente pleuro-péripneumonie du côté droit. Malgré le traitement le mieux dirigé, il se forma un empyème, dont l'apparition, au dehors, nécessita l'ouverture. Grâce aux talents de MM. François de Mons (1), et de Defrise C., ma petite fut rendue à la vie, après avoir couru mille dangers. Cependant, sa convalescence était à peine établie, qu'un violent mal d'yeux se manifesta avec photophobie, douleurs vives traversant l'œil droit, fièvre, inappétence, insomnie avec cris perçants : l'œil gauche ne souffrait que par irradiation morbide. — Il faut noter que l'incision, faite précédemment à la paroi thoracique droite, était remplacée par une fistule, d'où s'écoulait un pus séro- lactescent. L'auscultation, répétée journellement, nous apprit que ce poumon redevenait perméable à l'air et que des brides celluleuses s'organisaient pour compléter la cure; mais pour que cette nature médicatrice pût atteindre ce but, il fallait encore bien du temps. — C'est alors que l'ophthalmie, ayant fixé toute mon attention, j'employai, en vain, pour la combattre, le traitement actif de la méthode physiologique. — Encore imbu de mes anciens préjugés, j'avais craint, chez un enfant si délicat, la contamination des fluides par la médication spéciale mercurielle : enfin, je me décidai. A l'exception du collyre, dont le contact causait trop de douleur, le traitement fut suivi, comme dans l'observation précédente. Au 4e jour de son emploi, il y avait un mieux sensible, et au 12e la guérison était complète. On diminua les remèdes, par gradation, en suivant la maladie dans son décroissement. Qu'on se rappelle dans quel état était la fistule du côté lors de l'emploi des mercuriaux et l'on partagera notre joie, en la voyant disparaître sous l'action des mêmes moyens. Aucun signe de la saturation de l'économie ne se manifesta chez ce sujet, ni chez celui de l'observation précédente : pour la salivation, on sait que les enfants l'éprouvent fort rarement.

IIIe Obs. — Tapau, Célestine, enfant trouvé de l'hospice de Mons, en résidence à Montignies-sur-Roc, âgée de 18 ans, bien réglée, lymphatique, taille bien proportionnée, portait depuis son enfance une kératite chronique, caractérisée par de légères taies. Sans cause connue, l'affection devient aiguë. — J'emploie *abrupte* un traitement antiphlogistique énergique : le mal diminue tant soit peu. — Je prescris dix pilules, par jour, avec le calomel et la belladone; frictions sur les sourcils avec partie égale d'extrait de belladone et d'onguent mercuriel double. — Au 7e jour, l'inflammation cède. Au 15e, guérison. Comme il fallait rompre la tendance congestive vers les organes de la vue, cette malade a porté un vésicatoire pendant six semaines.

La première observation m'avait rendu sceptique. La seconde et trente autres cas de succès ébranlèrent fortement ma croyance dans mes dogmes physiologiques. D'après ces remarques successives, je ne doutai plus que les mercuriaux soient des antiphlogistiques spéciaux qui vont neutraliser l'inflammation à sa source, par un mode d'action inexplicable; et, comme j'ai des faits de guérison par leur emploi seul, je suis fondé à croire que les solanées doivent être considérées comme de puissants auxiliaires. Au reste, je ne prétends pas faire prévaloir ici mon opinion, mais me rendre utile, autant qu'il est en mon pouvoir, en publiant le résultat de mon expérience dans ces dernières années.

Lorsque nous recourons à l'usage des mercuriaux dans les ophthalmies, soit que nous ayions débuté par la methode, dite révulsive, soit que, de prime abord, nous donnions la préférence à la spécialité, nous leur associons toujours les solanées, les toniques, ou tout autre adjuvant, selon la constitution des sujets, les maladies concomitantes. En même temps, nous prescrivons une alimentation substantielle ; d'abord parce que la gastrite est le plus souvent ici fonctionnelle ou sympathique; et ensuite, parce que je l'ai vu disparaître toujours et l'appétit se prononcer, dès que le spécifique avait modifié favorablement l'inflammation des yeux, c'est-à-dire le plus ordinairement du 4e au 7e jour du traitement; enfin, nous avons coutume de laisser un exutoire ouvert momentanément pour rompre l'habitude congestive.

Cette méthode spéciale de traitement pour les ophthalmies aiguës entées sur les chroniques, nous paraît, jusqu'à maintenant, supérieure à toute autre. — Les confrères qui visiteront l'hôpital ophthalmique de Mons, partageront notre sentiment. Là, ils verront quelle extension a donné à cette médication, notre digne ami Stievenart et les succès qu'il en obtient. Nous ajouterons même, sans crainte d'être taxé d'adulation, que l'obligeance avec laquelle ce médecin éclairé reçoit ses collègues et leur fait part de ses remarques cliniques, est au-dessus de tout éloge et le rend doublement recommandable.

§ II. *Onguent napolitain* (1), *à haute dose, en frictions sur l'abdomen, contre les péritonites de toute espèce.*

1re Obs. — Une femme de la commune d'Angre, âgée de quarante ans, constitution délabrée par de

(1) M. François, aujourd'hui professeur à Louvain, n'a laissé, parmi nous, que des regrets, des amis, mais aucun envieux. Sa vaste clientelle était due à son talent incontestable. — Si le professorat a fait, dans ce savant, une acquisition inappréciable, notre médecine civile a fait une perte presque irréparable.

(1) Dans nos pharmacies, cet onguent est le même que le mercuriel double.

rudes travaux et une nourriture peu restaurante, accouchée de son quatrième enfant, avait ressenti, dans les derniers mois de sa grossesse, une douleur profonde et gravative dans la fosse iliaque gauche. Le travail de l'enfantement avait été long et pénible; une saignée avait été faite pour l'accélérer. Appelé le troisième jour des couches, j'observai : douleur vive dans tout le flanc gauche et à la région hypogastrique, augmentant à la pression; ventre élevé, météorisé; suppression des lochies; fièvre de réaction.—Diagnostic : métro-péritonite aiguë.—Prescription : saignée générale, sangsues *loco dolenti*, fomentations émollientes, diète sévère, etc. Les jours suivants, mieux. Convalescence, au 6e jour du traitement. L'appétit étant vif, on lui accorde quelque chose; mais la malade, croyant remonter ses forces, prend trop d'aliments. Récidive de la péritonite; elle devient d'autant plus intense qu'on attend deux jours avant de me rappeler : dès lors, ventre élevé, très-douloureux, tendance aux lipothymies, fièvre, diarrhée, plus de lochies, le lait n'a pas monté aux seins (l'enfant était mort au 4e jour de sa naissance). Onctions sur le ventre de deux onces d'onguent mercuriel double en quarante-huit heures, un gros par trois heures. A la sixième dose, diminution sensible de l'inflammation péritonéale; au troisième jour, cessation complète. La convalescence voulait se déclarer, quand une fièvre intermittente, qui régnait épidémiquement, vint frapper notre malade. Craignant l'irritation de l'estomac, j'emploie la pommade du docteur Peyson, sans en retirer le moindre effet : Les accès deviennent plus intenses; la période du froid s'accompagne de crampes à l'épigastre, de vomissements. Usage de la kinine, par la bouche. Disparition de la fièvre. Je dus surveiller encore la malade pendant vingt jours pour vaincre une constipation opiniâtre. L'intoxication de l'économie se manifesta par la salivation avec impossibilité d'écarter les mâchoires. Les lavements émollients triomphèrent de ces accidents. Une observation, qui n'est pas sans intérêt, c'est que cette femme, qui portait, depuis nombre d'années, une dégoutante blépharophthalmie de l'œil gauche, en guérit radicalement sous l'action mercurielle. Aujourd'hui, trois mois après la convalescence, sa santé est entièrement rétablie.

IIe Obs. — Madame Geronez, d'Anger, était accouchée de son troisième enfant. A ma visite, elle me dit que sur la fin de sa grossesse, elle éprouvait une douleur gravative dans la fosse iliaque gauche, qu'elle négligea les saignées accoutumées dans cet état, et que son accouchement fut long et pénible; que, parvenue au quatrième jour des couches, elle ressentait, depuis vingt-quatre heures, une forte douleur dans tout le flanc gauche, ainsi qu'à la région hypogastrique, augmentant beaucoup à la pression. Il y avait en outre : fièvre violente, les lochies étaient supprimées, le lait montait difficilement aux seins. Prescription : saignées générales; sangsues, fomentations émollientes, diète, etc. Quelques jours d'un pareil traitement fit justice de cette métro-péritonite. Bientôt l'appétit se déclare; on y satisfait légèrement. La malade prend trop de nourriture. Récidive de la métro-péritonite. Plusieurs applications de sangsues firent rentrer le tout dans l'ordre. Quelques jours plus tard, désir des aliments. Pressé par les sollicitations de la malade, j'accorde un léger bouillon de veau, sauf d'en suspendre l'usage au moindre inconvénient. Bientôt des coliques, puis la diarrhée se manifestèrent, ce qu'on ne manqua pas d'attribuer à la faiblesse. On redouble les doses d'un bon consommé, tout en se gardant bien de me rappeler, de crainte que je ne prescrive la diète. Pour compléter la somme des maux, la patiente apprend inconsidérement la mort de sa belle-mère : dès lors, récidive de la péritonite, qui acquiert aussitôt le plus haut degré d'acuité; respiration thoracique; pouls faible; lipothymies imminentes; selles liquides, etc. Prescription : frictions sur l'abdomen, avec deux onces d'onguent napolitain, deux gros par deux heures; mucilagineux en boissons; lavements amidonnés, etc. A la fin du second jour, l'inflammation avait entièrement disparu. Tout annonçait la convalescence, quand survint la fièvre intermittente : ses accès débutaient par des douleurs épigastriques, des vomissements, etc. Sulfate de quinine en pilules : au troisième accès, disparition complète de cette fièvre. Tout faisait prévoir une prompte et heureuse issue, quand un phlegmon vint se manifester sous l'arcade crurale gauche : La fluctuation se fait attendre trois semaines; on l'incise enfin et depuis cette époque, la convalescence a marché franchement (1).

IIIe Obs. — Je fus appelé, l'an dernier, en consultation, à Gussegnies, pour donner mon avis sur

(1) Cet abcès vint se manifester par une fluctuation évidente, mais profonde, sous les aponévroses des muscles abdominaux, à trois travers de doigt en avant de la crête antérieure et supérieure de l'os iliaque gauche, à un demi-pouce environ au-dessus de l'arcade-crurale et à pareille distance en dehors de la fin de l'artère iliaque externe. Son siége était dans le tissu cellulaire qui unit le péritoine aux muscles psoas et iliaque. J'en avais toujours différé l'ouverture, croyant que la nature, qui emploie si souvent des moyens simples de guérison dans les maladies qui paraissent si compliquées à nos yeux, eût fait cheminer le pus le long des vaisseaux cruraux, jusqu'à l'aine, où il eût été facile de lui donner issue, sans le moindre danger. Des accidents du côté du bassin, la cystite et la rectite imminentes, me forcèrent à l'ouvrir au lieu de nécessité. A cet effet, je fis une incision de six à sept lignes à la peau et au tissu cellulaire, jusqu'à la paroi abdominale, que j'incisai en travers avec la pointe de l'instrument. Je fus assez heureux d'éviter la lésion de l'artère iliaque antérieure, dont la marche est si variable. Finalement, une sonde canelée fut introduite dans le foyer, laquelle me servit à ébailler tant soit peu les fibres musculaires et aponévrotiques. Le pus sortit en abondance et mon intéressante malade fut enfin rendue à la santé. J'eus le bonheur d'avoir pour adjoint, dans cette cure difficile, mon estimable collègue, Defrise C, de Dour.

l'état de madame Port., âgée de 60 ans environ. Depuis six mois, et à la suite de violents chagrins, causés par la mort d'un de ses fils, elle éprouvait une douleur gravative, située profondément dans la région rénale droite ; en outre, il y avait inappétence, digestions laborieuses, constipation, amaigrissement, etc., (entérite chronique). La malade, pensant relever ses forces en prenant des nourritures succulentes, ressentit, après ces ingesta, des coliques violentes avec tension dans tout le flanc droit, douleurs à la pression ; la respiration devint thoracique, les traits du visage étaient grippés. Pendant trois jours, pour enrayer cette violente entéro-péritonite, on avait tenté, en vain, maintes émissions sanguines locales. Dans cette occasion périlleuse, je propose, comme le seul ancre de salut, trois onces d'onguent napolitain, deux gros par deux heures, étendus sur les parties malades. Le lendemain, à notre réunion, l'état du sujet était tellement amendé, qu'à la fin du troisième jour tout était rentré dans le premier ordre de choses, à la grande satisfaction de la malade et au grand étonnement des assistants. Une légère salivation eut lieu ; elle céda aux lavements émollients. A ma dernière visite, au 15e jour de la convalescence, cette dame m'assura que sa santé était devenue meilleure qu'avant son accident. Cependant, sa faible constitution aurait encore exigé de grands ménagements qu'on n'aura pas eus, je pense, dans la famille de la malade.

Cette méthode spéciale de traiter les péritonites puerpérales par les mercuriaux, est due à M. Vandezande d'Anvers. Ce médecin en a consigné la théorie dans un traité *ex professo* sur les maladies des femmes en couches. M. Serre en fit l'analyse critique dans les *Annales de la doctrine physiologique*, année 1823, page 295. Comme cette méthode ne sympathisait point avec le physiologisme, l'analyste la renvoya à son auteur, sans la soumettre à aucune épreuve, comme ne pouvant convenir, peut-être, qu'au climat nébuleux d'Anvers. M. Vandezande réclama vivement contre cette décision arbitraire. Voyez même année, page 364. C'est alors que M. Broussais intervint, comme médiateur, pour que ce conflit fut renvoyé devant le tribunal de l'expérience. Depuis quinze ans, des centaines de faits sont venus déposer en faveur du célèbre médecin Belge et le temps, ce seul juge impartial, a fait justice de sa découverte. A la vérité, elle n'a pas eu l'heureux sort du bandage amidonné, celui de remuer la bile des envieux ; mais aussi quelle autre découverte plus utile pourrait prendre place à côté de celle de M. Vandezande dans les fastes médicales belges.

§ III. *Méningite et myélite, guéries par les frictions mercurielles.*

Ire Obs. — La fille Riche, de Montignies-sur-Roc, après avoir visité sa cousine, attaquée d'un typhus grave, s'alita pour la même maladie sous forme bilieuse catarrhale avec affection vermineuse. Les moyens usités en pareil cas, en amenèrent la solution, au troisième septenaire. A peine en convalescence, cette malade reprit ses occupations de ménage, tout en fournissant copieusement à l'appétit, dans la vue de relever ses forces. Notons aussi qu'avant sa maladie, elle avait éprouvé une grande frayeur, dont elle disait n'être pas bien remise encore. Dans cet état de choses, elle apprend une nouvelle fâcheuse et dépressive : dès lors, l'appétit cesse, douleurs épigastriques, insomnies, fièvre, délire passager. On me rappelle au second jour de la rechute. Il y avait de plus : soubresauts des tendons, rougeur de la face, chute des paupières, réponses lentes, confuses ; coma vigil, gêne de la respiration. Diagnostic : arachnoïdite aiguë avec épanchement. Prescription : sangsues sur le trajet des jugulaires ; sinapismes, vésicatoires aux extrémités inférieures ; boissons adoucissantes, diète, etc. Les jours suivants, on insiste sur l'application de sangsues et sans aucun allégement. Au contraire, les symptômes de l'irritation cérébrale augmentent, la respiration s'embarrasse de plus en plus, la malade semble ne plus en percevoir le besoin, le pouls est petit, irrégulier, prostration des forces. Prescription : deux onces et demie d'onguent mercuriel double sont reparties, en frictions, dans les quarante-huit heures, sur toutes les parties du corps. Au troisième jour de ce traitement, signes de la saturation des fluides. — Bientôt l'amendement est sensible, l'intelligence s'éclaircit, la respiration devient plus libre, les fonctions animales et organiques reprennent peu à peu leur rhythme habituel. Des soins multipliés ramenèrent enfin la santé, après quatre mois de maladie.

IIe Obs. — Le nommé Delh, scieur de long, âgé de 34 ans, nerveux-sanguin, taille haute, d'ailleurs fort laborieux, venant d'une famille de névropathiques et ayant été atteint déjà lui-même de maladies de ce genre, fut pris, sur la fin de l'an dernier, après de fortes fatigues, de vives douleurs dans les extrémités inférieures, depuis les lombes jusqu'aux pieds, sans aucun symptôme d'inflammation dans ces parties. Ces douleurs semblaient, parfois, cheminer en sens inverse, en remontant vers la queue de cheval. Le malade les comparait à celles qu'on éprouve par le fait d'une ligature un peu serrée sur l'un des membres ; souvent même elles parcouraient rapidement les membres supérieurs. Il y avait insomnie ; mouvements continuels des extrémités inférieures, lorsque le malade gardait le lit ; difficulté dans la marche ; ce qui faisait dire à cet homme, naturellement facétieux, qu'il était attaqué de fourbissure ; pouls naturel ; l'appétit se maintenait. Prescription : Saignée générale, diète lactée, etc. Ce sujet, craignant pour ses forces, fut six semaines sans revenir me consulter. Alors la scène avait changé : s'étant livré à la médecine populaire et ayant abusé des purgatifs et des toniques,

il s'était joint, à son affection primitive, une irritation gastro-colite avec cystite imminente ; de là, selles fréquentes, ténesme, dysurie ; on remarquait un amaigrissement des membres pelviens, plus grand que ne le comportait le reste du corps ; la circulation restait naturelle. Saignée; sangsues aux lombes, à l'épigastre, au podex ; vésicatoires au dos, aux jambes, saupoudrés avec demi-grain de morphine ; bains généraux tièdes et sédatifs ; lavements amidonnés ; régime doux, etc. : tels furent les moyens employés tour à tour et inutilement pour combattre cette myélite. Cependant l'appareil digestif et urinaire ayant été rappelés à leur état normal, j'en profitai pour administrer des pilules de sulfate de quinine : je croyais avoir remarqué quelque chose d'intermittent dans ces douleurs nerveuses. A la vérité il y eut un mieux, qui ne se soutint pas. Notre malade avait épuisé, pensai-je, toutes les ressources que préconise, en pareils cas, la doctrine physiologique; c'est seulement alors que je me jetai dans la médication spéciale mercurielle. Deux onces d'onguent napolitain furent administrées, en frictions, tant sur les membres que sur la colonne vertébrale. Déjà la salivation commençait lorsqu'on m'adjoignit, en consultation, M. Defrise C. — Nous ajoutâmes, à ces moyens, d'autres frictions avec un gros d'extrait de belladone par once d'axonge ; en outre, un vésicatoire aux lombes, pansé avec tant soit peu de cette pommade. Le surlendemain, des symptômes d'intoxication, propres à ceux de la belladone, vinrent se manifester: délire gai, clignotement des paupières supérieures, illusions d'optique. Ces accidents cessèrent insensiblement dans l'espace de quatre jours. Le malade accuse alors une grande faiblesse ; il se livre au sommeil, ce qu'il n'avait pas fait depuis quatre mois ; la bouche se nettoye ; les douleurs des extrémités ont presque disparu ; l'appétit devient vorace ; les forces reprennent, etc. Le ptyalisme et la petite fièvre mercurielle ont cédé aux lavements et aux purgatifs. Aujourd'hui, cinq mois environ après l'incubation de la maladie, Delh. se trouve dans un état satisfaisant et bien voisin de sa guérison.

Ceux qui aiment les explications nous demanderont à quelle action, du mercure ou de la belladone nous attribuons ce succès. En attendant que l'expérience résolve cette question, nous répondrons, au risque même de nous attirer l'épithète de polypharmaque, qu'en pareille circonstance, nous marierons ces deux agents, dont l'action combinée nous a si bien réussi dans les ophthalmies avec irritation nerveuse ; seulement, nous apporterons un peu plus de discrétion dans l'emploi de la belladone.

### § IV. *Phlegmasies cellulaires et cutanées, traitées par l'onguent mercuriel double.*

Ire Obs. — Madame Pepin, à Ang., âgée de vingt-six ans, constitution lymphatico-sanguine, enceinte de son second enfant, portait depuis neuf mois, à la suite de sa dernière couche, les deux ongles de chaque gros orteil, rentrés dans les chairs. On avait employé déjà, sans le moindre soulagement, beaucoup de moyens usités, tels que : cautérisations potentielles, lames de plomb, émollients, etc. Le mal augmentait : réduite à garder la chambre et en proie aux plus cruelles douleurs, lorsqu'elle voulait marcher, cette dame réclama mes soins ; j'observai : bords latéraux des ongles, tellement récouverts par des chairs fongueuses, qu'il me fut impossible de les dégager. Pendant ces essais infructueux, les douleurs devinrent si fortes, que cette femme, d'un rare courage, ne pouvant les supporter, me suppliait de la délivrer de ses infirmités, quelque opération qu'elle dût subir pour cela. Avant d'en venir à ces moyens cruels que préconise la bonne chirurgie, je voulus tenter mon antiphlogistique par excellence. Quatre frictions d'onguent napolitain, d'un scrupule chacune pour les deux orteils, furent journellement employées. Au 15e jour de ce traitement, la cure était complète. Une once et demie du remède a été suffisante ; on en arrêta l'usage aux premiers signes d'infection mercurielle. Cette dame mit au monde son enfant à terme et bien portant : fait remarquable et en opposition avec l'opinion des célébrités médicales, que cite M. Trousseau dans son traité de thérapeutique, qui regardent l'emploi des mercuriaux, à haute dose, chez les femmes grosses, comme funestes au fœtus.

IIe Obs. — Une fille d'Erquenne, blanchisseuse, lymphatique, âgée de dix-huit ans, à qui j'avais incisé, deux ans auparavant, plusieurs clapiers à un des bras, suite d'anciens abcès froids, vint me trouver pour une inflammation chronique de la racine de l'ongle du pouce gauche. Les chairs étaient fongueuses et douloureuses ; je ne voyais que l'arrachement de cet appendice épidermique pour hâter la guérison. Avant tout, je voulus tenter l'onguent mercuriel double. Deux pansements étaient faits journellement avec de la charpie, enduite de ce remède. La guérison eut lieu au quinzième jour de ce traitement.

IIIe Obs. — Lendelain, jeune homme âgé de dix-huit ans, tempérament sanguin, portait, depuis quinze ans, aux joues une dartre squammeuse humide. Sa figure était si répoussante que, malgré une rare probité, il ne pouvait plus trouver de service à gages. On avait employé infructueusement, pendant dix ans, au moins, tous les remèdes préconisés par les auteurs qui ont écrit des traités sur les maladies cutanées. Désespéré de son état, ce malheureux se confia aux soins d'un empirique, réputé pour de telles cures. On lui couvrit la figure d'emplâtres d'onguent citrin que l'on renouvelait chaque jour. Six mois d'un pareil traitement donnèrent un résultat presque complet de guérison. Le malade n'éprouva point d'accidents et ne cessa un seul instant de remplir ses vacations.

IVe Obs. — Je me contenterai de citer deux cas de phlegmons aigus, situés profondément dans un

des membres inférieurs et contre lesquels les émissions sanguines locales eurent été nuisibles pour en obtenir la résolution. L'onguent spécifique a enrayé leur marche, en y déterminant une prompte suppuration.

Un garçon âgé de six ans, de Gussegnies, lymphatique et rachitique, me présenta une forte inflammation phlegmoneuse, située sous le grand fessier droit. Lors de ma visite, elle datait de huit jours et ne présentait aucun signe de suppuration. Une once et demie d'onguent napolitain fut employée dans les quarante-huit heures. Il y avait alors des signes de fluctuation. On procéda incontinent à l'ouverture du foyer et le malade se rétablit promptement.

V^e^ Obs.—Un jeune homme, de la même commune, âgé de vingt-six ans, portait, depuis dix jours, un phlegmon aigu sous l'aponévrose d'enveloppe de la cuisse droite. Il avait été déterminé par la pointe d'un couperet, qui avait porté sur des parties fibreuses, voisines de la rotule. Les sangsues ne m'offrant que de bien faibles moyens, très-dispendieux d'ailleurs, à opposer à cette violente phlegmasie, je fis enduire toutes les parties malades d'une épaisse couche d'onguent précité; une once et demie suffit pour amener la suppuration au troisième jour de son usage. On incisa et la guérison s'obtint en quatre semaines.

Faire de plus nombreuses citations, serait abuser des précieuses colonnes de ce journal. Si mes observations peuvent avoir quelque mérite, c'est à ma sincérité et à ma pratique médicale dans les trois dernières années que je le devrai; mais je me hâte de le répéter encore ici : je n'ai suivi que des chemins battus, en expérimentant à *posteriori*. Cette découverte de l'efficacité des mercuriaux, comme un puissant antiphlogistique et spécialement dans les péritonites puerpérales, fait d'autant plus d'honneur à notre compatriote, qu'elle nous offre une arme des plus héroïques, alors même que les autres remèdes ont échoué, ou quand il n'est plus de saison de les réclamer. Modifiée selon les climats, les sujets, les maladies, elle nous promet une ample moisson; à moins que nos affections et leurs remèdes ne suivent le caprice des modes, *Risum teneatis*.

Je n'ai expérimenté que les deux préparations mercurielles, le calomel, à dose altérante, et l'onguent mercuriel double, à haute dose. J'ai cherché à saturer les fluides dans le temps le plus court, me fondant sur cette vérité physiologique immuable, que pour y parvenir, il faut frapper à la porte des solides. Quant aux accidents dont parlent les auteurs de thérapeutique, entre autres M. Trousseau, de la contamination de l'économie par ces agents, je ne les ai jamais vus aussi formidables qu'ils nous les décrivent : il suffit de savoir manier ces médicaments en physiologistes pour en parer ou en combattre les conséquences.—Bientôt, nous l'espérons, nous ne verrons plus paraître dans nos journaux cette lugubre formule : Cette maladie était incurable, parce qu'on a épuisé les ressources de tel système ou de telle doctrine; mais plus heureux, et cette idée nous sourit déjà, nous retournerons le thème et l'on dira : cette maladie est devenue curable, parce que nous avons appris à distinguer le remède (1) qui doit la guérir. Aussi, cette mémorable sentence du célèbre Quesnay, sera-t-elle, à l'avenir, la devise des éclectiques : « Ce n'est pas » des observations et des expériences d'un seul » homme, qu'on peut attendre les lumières qui » éclairent l'art de guérir; il faut nécessairement » recueillir les observations qui sont dispersées » dans les ouvrages de nos prédécesseurs et de nos » contemporains : sans ce travail, le plus grand » génie ne sera qu'un praticien peu éclairé et pré- » somptueux » .

V. Delhaye, M. D.

---

## *Sur l'art de recueillir et de rédiger des histoires particulières de maladies.*

Le sujet que nous avons entrepris de traiter n'est pas nouveau; tous les ouvrages de pathologie contiennent des préceptes sur l'art d'observer en médecine et sur la méthode à suivre pour tracer des histoires de maladies; mais on s'écarte si souvent de ces règles, il est si rare de rencontrer une observation bien faite, que nous avons cru pouvoir nous permettre de revenir sur une question si souvent rebattue : il n'est jamais hors de propos de rappeler des vérités utiles, proclamées par les maîtres de la science.

Une observation bien faite est un journal dans

---

(1) Un fait qui confirme cette proposition vient de se présenter dans ma pratique : c'est une inflammation des vaisseaux lymphatiques du membre pelvien gauche (sub-inflammation de M. Broussais, phlegmasia alba dolens des auteurs latins).

La femme Gh. Derois, portait, depuis nombre d'années, une gastro-entérite chronique. Cette malade entichée de la manie de sangsues, se rendit anémique, malgré nos avis contraires, par leur application fréquente et inconsidérée. Un jour, avant d'entrer dans un bain tiède, pensant avoir trouvé ainsi l'occasion propre de faire couler son sang abondamment, elle appliqua secrètement de ces annélides à la jambe gauche; bientôt gonflement de toute cette extrémité. Le surlendemain, à ma visite, ce membre avait doublé de volume; il était rénittent, très-douloureux, surtout à l'aine, où l'on apercevait des ganglions tuméfiés. L'état de faiblesse du sujet proscrivant toute émission sanguine et toute la cohorte des convulsifs n'offrant, en ce cas, qu'une bien faible chance de succès, j'en vins à la médication spécifique. Deux onces d'onguent napolitain furent étendues, en deux jours, sur toutes les parties malades; au cinquième jour de son emploi, le membre avait repris ses dimensions naturelles. Je demande quel langage aurait tenu le physiologisme dans ces temps où il lançait anathème contre toute médication qui n'était pas sienne.

lequel on annote quotidiennement les principaux phénomènes de la maladie, les causes qui l'ont produite, le diagnostic, le pronostic, le traitement et ses résultats, et, en général, tout ce qui mérite de fixer l'attention; c'est, en un mot, l'exposé fidèle de la maladie, depuis son début jusqu'à sa terminaison, des médications employées et des effets obtenus. Des observations ainsi faites, servent à l'instruction de celui qui les recueille, parce qu'elles lui donnent le moyen de comparer des maladies présentes avec des maladies passées ou observées par d'autres médecins; elles ont en outre l'avantage incontestable, de concourir aux progrès de la science, et de former la base des monographies spéciales, genre d'ouvrages supérieurs à tous les traités généraux.

« La première qualité d'une observation, dit Dance (1), c'est qu'elle soit exacte et complète, qu'elle contienne l'exposé fidèle et intégral de tout ce qui, dans l'état du malade, frappe les sens de l'observateur, même des choses les plus indifférentes en apparence, imitant en cela le peintre qui, pour atteindre la ressemblance de l'original indique jusqu'aux plus petits défauts de la peau. » Être vrai avant tout, observer sans idée préconçue, dire ce qu'il a observé, et rien de plus, telles sont les conditions nécessaires que l'on exige de celui qui rédige des histoires de maladies. Et pour leur donner plus de mérite, il faut, ainsi que Joseph Frank en donne le précepte, « que ces histoires soient simples, courtes, dégagées de toute circonstance inutile, de toute explication, de toute fleur de rhétorique et de tout ornement inutile (2). » Le savant professeur que je viens de citer, s'élève avec juste raison contre la rédaction de ces observations dont les auteurs semblent plus soigneux de se faire valoir que de raconter le fait avec candeur. J'éprouve vraiment une sorte de malaise, dit-il, lorsque je lis une observation qui, par exemple, commence ainsi : « Je jouissais d'un sommeil excellent, lorsque je fus tout à coup reveillé par mon domestique, pour aller voir, par le temps le plus épouvantable, et à travers des chemins que la pluie avait rendus fort mauvais, un malade riche, qui était l'oncle de ma femme. Je me levai aussitôt, je m'habillai à la hâte, je montai dans ma voiture, etc. » D'autres débutent ainsi : « Le du mois de , 1836, je fus prié de me rendre en la commune de , pour donner des soins à l'épouse N...., qu'on me dit malade depuis plusieurs jours. Je m'y rendis en toute hâte; à mon arrivée, je m'empressai d'examiner la malade, etc. » D'autres, interrompent leur narration par des considérations triviales, des détails étrangers au sujet, par des réflexions ou des comparaisons qui font perdre de vue l'objet principal, l'histoire de la maladie. A quoi bon ces hors-d'œuvre, si ce n'est de surcharger inutilement l'observation et d'en rendre la lecture fatiguante et ennuyeuse, malgré tout l'intérêt qu'elle peut offrir! Ce n'est point ainsi qu'ont écrit les maîtres de l'art, tels qu'Hippocrate, Aretée, Baillou, Plater, Fr. Hoffmann, Morgagny, Sydenham, Stoll et tant d'autres, qu'on devrait prendre pour modèle dans ce genre de travail. Que l'observateur n'oublie jamais que son rôle doit se borner à celui d'historien, et il atteindra plus facilement le but qu'il s'est proposé.

Une observation se compose de trois parties distinctes :

1° *Commémoratif*, ou historique des circonstances qui ont précédé l'époque où l'on examine pour la première fois le malade.

2° *Etat actuel :* cette partie, qui forme le corps de l'observation, donne l'idée du siége et de la nature de la maladie. Elle est suivie de l'indication des prescriptions que l'on a jugées convenables.

3° Changements survenus spontanément ou par l'effet du traitement employé aux diverses époques de la maladie, jusqu'à sa terminaison.

Si la maladie se termine par la mort, une quatrième partie est nécessaire pour compléter l'observation : cette partie comprend les détails des lésions organiques fournies par la nécroscopie, détails sans lesquels le fait relaté n'aurait aucune valeur, surtout lorsqu'il s'agit d'éclaircir un point litigieux.

La première partie doit mentionner l'âge, le sexe, l'état d'embonpoint ou de maigreur, le tempérament, le degré de force ou de faiblesse, la profession, le genre de vie, l'habitation du malade, la santé des parents, les maladies antécédentes. On a soin d'indiquer les circonstances qui paraissent avoir déterminé la maladie actuelle, les symptômes qui ont précédé et marqué son invasion, les moyens qui ont été employés, les résultats qu'on en a obtenu, enfin tout ce qui s'est passé jusqu'au moment où l'observateur examine pour la première fois le malade.

Dans la seconde partie, ou description de l'état actuel du malade, on expose tous les signes qui peuvent servir à établir le diagnostic. Celui-ci sera d'autant plus exact que l'observateur sera exercé dans l'art d'interroger les malades. La méthode la plus rationnelle et la plus sûre consiste à signaler d'abord les symptômes locaux, c'est-à-dire ceux qui appartiennent à l'organe lésé; puis les symptômes éprouvés par les organes qui ont avec ce dernier des rapports fonctionnels ou sympathiques. On terminera par l'examen de l'état des autres organes, et, afin de n'en oublier aucun, on interrogera successivement les fonctions de nutrition (la digestion, la respiration, l'absorption, la circulation, les sécrétions), celles de relation (organes des sens, système nerveux et cérébral, locomotion) et de la génération.

Dans la troisième partie de l'observation, on aura soin de noter jour par jour l'ordre de succes-

(1) *Guide pour l'étude de la Clinique médicale.*

(2) *Traité de Pathologie interne*, par J. Frank, tom. Ier, édition de Bruxelles, 1837.

sion des symptômes, le régime diététique, les agents thérapeutiques mis en usage et l'influence qu'ils paraissent avoir exercée sur la maladie. Enfin, quand celle-ci s'est terminée heureusement, on indique si la guérison a été complète, et dans le cas contraire, les phénomènes qui l'ont suivie.

Quant au contraire, la maladie se termine par la mort, une nouvelle série d'observations reste à faire. A l'ouverture du cadavre, on aura soin de relater, d'après l'ordre suivi dans l'opération, qui doit être le même que celui indiqué pour le diagnostic, tout ce qui dans les organes ne présente pas l'aspect normal. Le point le plus important dans ce genre de recherches, c'est, comme le dit Joseph Frank, « de les faire sans idée préconçue, et de rendre avec bonne foi compte des lésions observées. » Employez dans ces descriptions des mots qui désignent clairement le genre et l'espèce d'altération que vous avez sous les yeux, afin que des systématiques ne puissent pas interpréter faussement vos observations en faveur d'une doctrine erronée. Et lorsque le langage ne peut rendre avec une entière exactitude l'état des altérations organiques, suppléez à ce défaut par le crayon ou le pinceau de l'artiste; ce sera la nature elle-même que vous mettrez sous les yeux du lecteur. Ayez soin aussi de distinguer parmi les lésions que la nécroscopie vous a fait découvrir, celles qui sont le résultat de la maladie qui a déterminé la mort de celles qui sont produites par des affections anciennes.

Lorsqu'il s'agit de constater le mode d'action de certains médicaments, on peut négliger le commémoratif de la maladie, pour se borner à l'indication de son nom, ou à l'exposition de l'ensemble des symptômes qui la caractérisent. Le but principal de l'observation est de faire connaître l'état du malade au moment où l'on a commencé à employer le médicament, la forme, la dose et le mode d'administration de ce dernier, ses effets, etc. C'est donc à ces détails qu'il faut particulièrement s'attacher.

S'agit-il d'une opération chirurgicale, ne vous arrêtez point complaisamment à décrire le procédé opératoire dans tous ses détails lorsque ce procédé est connu des praticiens ; bornez vous à indiquer la méthode suivie et les particularités qu'elle aura pu présenter dans son exécution. Mais s'il s'agit d'un procédé nouveau, alors il est indispensable de ne rien omettre et de le décrire avec ordre et minutie.

Pour qu'une observation présente de l'intérêt, il est nécessaire qu'elle soit suivie de réflexions, qui doivent porter sur l'étiologie, sur le diagnostic, sur l'ensemble de symptômes qui ont servi à établir les indications thérapeutiques, sur les résultats du traitement employé, sur les lésions trouvées après la mort, sur l'analogie ou la différence du fait actuel avec d'autres faits recueillis antérieurement, etc., suivant le but auquel l'auteur destine son travail.

Nous ne pouvons mieux faire que de terminer cet article en reproduisant ici le tableau tracé par M. Martinet (1), pour servir de guide à ceux qui recueillent des observations médicales.

Après avoir indiqué le nom, le sexe, l'âge, la conformation physique, la constitution, le tempérament et la profession du sujet, on passe successivement en revue :

---

(1) *Manuel de Clinique et de Thérapeutique médicales*, édition de Bruxelles, 1835, tome Ier, p. 30.

1° COMMÉMORATIF.

- Histoire de la famille.
  - ascendante.
  - collatérale.
  - descendante.
- Histoire du sujet.
  - En état de santé.
    - Habitudes.
    - Régime.
    - État des fonctions.
      - Sympathies.
      - Solidarité.
    - — des organes.
    - Constitution.
      - active.
      - passive.
      - ataxique.
      - réfractaire.
    - Tempérament.
      - sanguin.
      - lymphatique.
      - nerveux.
    - Idiosyncrasies relatives aux
      - dispositions pathologiques.
      - agents hygiéniques.
      - — médicaux.
  - En état de maladie, en suivant les diverses époques de la vie.
    - Enfance.
    - Puberté.
    - Adolescence.
    - Age mur.
    - Époque critique.
    - Vieillesse.
- Histoire de la maladie actuelle considérée dans ses
  - Causes
    - prédisposantes.
    - occasionnelles.
  - Préludes.
  - Mode d'invasion.
  - Développement.
  - État actuel.

2° ÉTAT ACTUEL. . . . .
- Habitudes du corps. — Peau.
- Faciès.
- Fonctions intellectuelles.
- Appareil sensitif.
- — digestif.
- — respiratoire.
- — circulatoire.
- — locomoteur.
- — sécréteur.
- — générateur.

On commencera par l'un ou l'autre de ces appareils selon l'organe affecté.

3° TERMINAISON. . . . . .
- par la santé.
- — d'autres maladies.
- — la mort. — Anatomie pathologique.

Aussitôt après la terminaison de la maladie, il convient de rédiger l'observation; l'observateur, ayant alors présent à la mémoire tout ce qui a besoin d'être signalé, sa relation aura le mérite d'être plus fidèle, et il pourra rectifier les erreurs qui auraient pu s'être glissées dans son journal. Enfin, un usage qui n'est pas sans utilité, c'est, aussitôt après la rédaction définitive de l'observation, de placer en tête, à la suite du nom de la maladie, le sommaire de toutes les circonstances remarquables signalées dans le cours du travail.

J.-R. MARINUS.

---

## BIBLIOGRAPHIE.

### RECHERCHES SUR LA MENSTRUATION;

Par T.-J.-E. PÉTREQUIN. Paris 1855, de 25 pages, grand in-4°, petit-texte.

Il nous arrive rarement de nous occuper de travaux d'aussi vieille date; mais celui de M. Pétrequin doit faire exception à la règle et tous ceux qui voudront bien me suivre dans l'analyse, ou plutôt l'abrégé que je vais en donner, me sauront gré de le leur avoir fait connaître. Je ne m'attacherai en aucune façon à faire l'apologie de M. Pétrequin, dont le nom figure assez fréquemment dans ce recueil pour que nos lecteurs sachent tout ce qu'il possède de science et d'érudition et combien il est judicieux et impartial observateur. La relation de son voyage médical en Italie, son mémoire sur la grippe, travaux dans lesquels il a surpassé ses précédentes productions, suffiraient pour établir une réputation que certains grands médecins contemporains voudraient bien échanger contre celle qu'ils se sont acquise et à la hauteur de laquelle ils se maintiennent difficilement pour ne rien dire de plus; on peut toujours attendre beaucoup de ceux qui pensent et écrivent comme M. Pétrequin, sans jamais faire céder les faits à un raisonnement établi par avance, et n'ont point la prétention de ne rien

laisser aux écrivains qui voudraient parcourir la route qu'ils ont suivie. Cette manie d'épuiser la matière tue la plupart des médecins qui écrivent ; elle les conduit à porter des conclusions qui ne peuvent se maintenir ; force leur est alors d'en revenir, l'amour-propre s'en mêle et ils préfèrent se taire désormais et abandonner la plume !... Il suffit de jeter un coup d'œil sur la liste des articles des journaux de médecine de ces dernières années, pour demeurer convaincu de la vérité de ce qui vient d'être dit ; il est peu de réputations établies par ces mémoires où prédomine l'extraordinaire, qui sachent se maintenir, et celle de M. Pétrequin est du nombre de celles qui résistent, parce qu'il a toujours eu le bon esprit de ne pas viser à l'effet ; on l'a constamment vu suivre cette maxime de Stoerck (Ann. méd) : *Non hypotheses condo, non opiniones vendito, quod vidi, scripsi ;* aussi en écrivant ses Recherches, son but n'a pas été de ressasser les opinions des auteurs qui ont établi tant d'hypothèses, donné tant d'explications diverses du sujet de la menstruation ; il a établi au contraire, les bases de son travail pendant trois années de service, comme interne à l'Hôtel-Dieu de Lyon, dont il a été nommé chirurgien en chef désigné à la suite du plus brillant concours, en mai 1837.

Cet écrivain s'est surtout occupé de rechercher à quel âge et dans quelle proportion apparaît la puberté dans nos climats ; quelle influence l'apparition plus ou moins précoce des règles exerce sur la régularité de leurs retours ; à quelle époque de la vie se tarit la menstruation ; quelle est la durée moyenne de la fécondité ; enfin, si les accouchements influent sur les dérangements menstruels, et l'âge critique sur la mortalité des femmes, etc.

Aristote a dit que la femme arrive à la puberté un ou deux ans plutôt que l'homme ; Duplanil, Maygrier, A. Dugès, Van Solingen, Hatin, s'accordent à indiquer pour la France en général l'âge de 12 à 14 ans ; mais cette époque, variable suivant les climats, l'est encore dans les mêmes lieux, selon les circonstances accessoires. L'observation démontre sous ce rapport, des variétés et des anomalies nombreuses ; il y avait à Paris en 1819, une fille de 12 ans enceinte ; j'ai visité l'an dernier, à Montpellier une fille des ateliers de M. Zoé Granier qui venait d'accoucher avant l'expiration de sa 12e année et qui était réglée depuis près de cinq ans ; Maygrier cite un cas de grossesse chez la fille d'un médecin d'Orléans, âgée de 11 ans ; un journal de Londres (*London med. Gazette*, vol. XVI, april 11, 1835), a rapporté un cas de puberté et de grossesse chez une fille de 10 ans ; M. Pétrequin en a connu quatre qui étaient menstruées avant 10 ans, M. Velpeau 2, dont l'une le fut à 9 et l'autre à 8 et demi ; je connais une dame âgée de 40 ans, et réglée depuis l'âge de 8 ans ; Haller et Desormeaux ont vu accoucher à 9 ans. Ce sont là des cas exceptionnels, sans valeur pour établir une loi générale et donner la solution du problème que se pose M. Pétrequin : *A quel âge apparaît dans nos climats, le flux menstruel qui est le signe le plus caractéristique de la puberté féminine ?*

272 observations ont servi à ce médecin pour former un tableau qui montre que la puberté la plus précoce dans nos contrées, paraît en général commencer à 10 ans, la plus tardive à 22. Déjà Osiander a dressé pareil tableau, mais avec la moitié moins de faits ; il doit être noté toutefois que ses résultats ne s'éloignent pas de ceux auxquels est arrivé M. Pétrequin, sauf la différence que devait nécessairement entraîner la position plus septentrionale de Gœttingue où écrivait Osiander. Le tableau suivant donnera l'ensemble des rapports ; la puberté a paru,

| | Sur 272 femmes (PÉTREQUIN) | sur 137 femmes (OSIANDER) |
|---|---|---|
| A 10 ans chez | 4 | |
| 11 | 10 | |
| 12 | 15 | chez 3 |
| 13 | 33 | 8 |
| 14 | 33 | 21 |
| 15 | 45 | 32 |
| 16 | 48 | 24 |
| 17 | 32 | 11 |
| 18 | 27 | 18 |
| 19 | 12 | 10 |
| 20 | 7 | 8 |
| 21 | 5 | 1 |
| 22 | 1 | » |
| 24 | » | 1 |

Ainsi, dans l'Est de la France, la moitié environ des femmes se règlent de 13 à 15 ans ; tandis qu'Osiander donne 14 à 15, retard qui coïncide avec la différence de latitude de Lyon et Gœttingue ; en Belgique cette époque peut être également fixée de 14 à 16, d'après les recherches inédites de M. Marcq, sur 331 femmes. Toutes les notes de M. Pétrequin ont été recueillies sur des Lyonnaises et chez des femmes de la campagne, chez qui la menstruation est toujours plus tardive ; il ne faudrait donc point prendre 16 ou 17 ans, terme évidemment trop reculé qu'il faut attribuer à l'état de maladie de la plupart d'entre-elles. Mais de ce mélange même il résulte que la campagne ayant contribué comme la ville à baser son calcul, il est arrivé à la moyenne proportionnelle la plus générale. Il y a dans ce tableau un rapprochement plein d'intérêt à faire ; c'est qu'il renferme deux progressions qui se correspondent exactement, à partir des points culminants 15 et 16 ; ainsi sur 272 femmes

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| la menstruation a paru à | 15 ans chez | 45 et à | 16 ans chez | 48 |
| | 14 | 33 | 17 | 32 |
| | 13 | 33 | 18 | 27 |
| | 12 | 15 | 19 | 12 |
| | 11 | 10 | 20 | 7 |
| | 10 | 4 | 21 | 5 |

Les notes de M. Marcq, qui a fait ses observations sur des femmes des environs de Charleroy, me servent à former l'échelle synoptique suivante :

Sur 331 femmes,

| | | | |
|---|---|---|---|
| la menstruation a paru à 16 ans chez | 48 | et à 17 ans chez | 53 |
| 15 | 41 | 18 | 38 |
| 14 | 39 | 19 | 35 |
| 13 | 26 | 20 | 23 |
| 12 | 17 | 21 | 15 |
| 11 | 1 | 22 | 5 |

On pourrait donc dire qu'à Lyon, il y a à peu près autant de femmes qui se règlent à 15 qu'à 16, à 14 qu'à 17, etc.; tandis qu'en Belgique les années 16 et 17, 15 et 18, etc., se correspondent; il est bien remarquable que MM. Pétrequin et Marcq soient arrivés à des résultats si peu différents, différence qui ne tient sans doute qu'au climat. Mais si l'on prend en considération que parmi les femmes sur lesquelles M. Pétrequin a fait ses observations, l'époque précise a pu être retardée par des maladies, on arrive à faire correspondre 14 avec 15, 13 avec 16; il s'éloignerait alors des résultats obtenus par M. Marcq. Mais la fixation de la puberté entre 13 et 15, à laquelle arrive M. Pétrequin, paraît d'autant plus certaine qu'elle s'accorde avec celle que donnent A. Paré, Buchan, Gardien, Desormeaux, Richerand, Roderic a Castro. Ces notions importantes trouvent une application directe à la législation; le droit romain permet le mariage à 12 ans, le droit français à 15. Si l'on voulait chercher la moyenne entre le Sud et le Nord, c'est-à-dire entre 10 et 18, le calcul donnerait 14, résultat auquel l'observation a conduit M. Pétrequin; c'est là, en effet, le chiffre propre à nos régions tempérées, qui tiennent le milieu entre les deux autres points extrêmes du globe. Tardive dans le Nord, la menstruation ne s'y établit qu'à 16, 18, 20 ans, a dit Maygrier; Montesquieu nous apprend qu'en Asie, les filles sont nubiles à 8 ou 10 ans.

*Dans quelles proportions disparaît l'aménorrhée temporaire?* C'est pour résoudre cette question, qui conduit à l'étude plus importante de l'influence des retards mensuels sur la régularité de leurs retours, que M. Pétrequin a donné l'échelle suivante de menstruation tardive comme contre-épreuve de son premier tableau; 5 fois il a vu la menstruation tarder jusqu'à 21 ans; d'après 301 observations, elle s'est offerte à lui dans l'ordre suivant :

| | | |
|---|---|---|
| à 14 ans, non encore réglées | 196; | c'est-à-dire 2/3 environ. |
| 15 | 142 | 1/2 |
| 16 | 91 | 1/3 |
| 17 | 54 | 1/6 |
| 18 | 26 | 1/12 |
| 19 | 15 | 1/20 |
| 20 | 6 | 1/50 |
| 21 | 2 | 1/150 |

D'après M. Marcq, sur 331 femmes, il s'en trouvait

| | |
|---|---|
| 254 non encore réglées à | 14 ans. |
| 213 | 15 |
| 165 | 16 |
| 112 | 17 |
| 75 | 18 |
| 30 | 19 |
| 21 | 20 |
| 6 | 21 |
| 1 | 22 |

Du moins tel est à peu près le résultat auquel me conduisent les notes plus ou moins embrouillées que je tiens de lui; les données de M. Pétrequin sont plus certaines; elles démontrent que les deux tiers des femmes observées n'étaient pas encore menstruées à 14 ans; en Belgique près des trois quarts ne le seraient pas encore à cet âge; à Lyon la moitié le sont à 15, en Belgique à 16; le tiers à 16; chez nous à 17.

*Les retards menstruels entraînent-ils des désordres dans les périodes cataméniales? L'apparition plus ou moins précoce des règles a-t-elle quelque influence sur leur régularité?* Cette question ne peut être résolue qu'en distinguant avec soin la menstruation *naturellement* irrégulière de celle qui n'est qu'*accidentellement* dérangée; c'est ce qu'a fait M. Pétrequin dans le tableau suivant :

*Menstruation établie.*

| | | |
|---|---|---|
| à 12 ans, | naturel. irrég. chez 1/15, | accid. dérang. chez 1/5 |
| 13 | 1/8 | 1/11 |
| 14 | 1/11 | 3/11 |
| 15 | 1/9 | 1/5 |
| 16 | 1/7 | 3/10 |
| 17 | 1/8 | 1/4 |
| 18 | 1/4 | 1/7 |
| 19 | 1/3 | 5/12 |
| 20 | 3/7 | 1/7 |
| 21 | 1 | |

La seconde colonne n'offre aucune irrégularité, la première au contraire présente une progression toujours croissante à partir de 15 ans; la nature des causes accidentelles rend compte de la régularité; ensuite, plus la menstruation est tardive et plus elle se rapproche de l'anomalie; ce qui explique les irrégularités chez les femmes réglées plus tard. Si le chiffre de ces dernières est un peu fort, il faut l'attribuer à l'état maladif de plusieurs femmes observées par M. Pétrequin; au reste cela ne détruit rien, et l'on peut hardiment conclure que plus *la menstruation est tardive, plus elle est sujette à être naturellement irrégulière;* je regrette bien de ne pouvoir tirer aucun renseignement à ce sujet des notes de M. Marcq; mais les deux tableaux que j'ai établis nous prouvent que l'on obtiendrait à peu près la même corrélation que M. Pétrequin, à l'exception toutefois que presque toutes les observations du médecin de Charleroy ont été faites sur des femmes non-malades.

*A quelle époque se manifeste la cessation de la menstruation?* M. Pétrequin d'après ses observations, la fait tomber entre 35 et 55 ans; mais elle peut se prolonger au-delà : Desormeaux a vu des femmes menstruées encore à 60 ans, Richerand à 70, Gardien à 75, M. Marcq à 68; je trouve dans les observations manuscrites de mon père, 3 exemples de menstruation après 62 ans; M^me^ Blüm, femme d'un sergent du 3^e^ régiment d'infanterie, est très-régulièrement menstruée malgré ses 69 ans et les 18 enfants qu'elle a mis au monde; il n'y a pas longtemps encore que nos journaux ont parlé d'une femme flamande, de 70 ans qui venait d'accoucher d'un

fils; on a aussi vu des femmes chez lesquelles la menstruation reparaissait après avoir cessé ; mais ce sont là autant de faits exceptionnels. M. Pétrequin a trouvé sur 60 observations, que la menstruation se tarissait de 35 à 40 ans chez environ 1/8 des femmes; de 40 à 45 chez 1/4; de 45 à 50 chez la moitié; de 50 à 55 chez 1/8. La même proportion paraît exister chez nous de 38 à 58 ans; ce qui donne pour terme le plus ordinaire de la fécondité, de 45 à 50 (un peu plus tard en Belgique), puisque cela a lieu pour la moitié des femmes; c'est aussi l'âge indiqué par Maygrier, Gardien, Desormeaux, Dugès, etc. On peut dire d'une manière plus générale, et cela s'applique surtout à la Belgique, que l'*âge critique tombe pour les trois quarts entre* 40 *et* 50 *ans*, époque désignée par Aristote, Paré, Buchan, Richerand, Londe, Velpeau, Van Solingen, etc.

En déterminant la durée de la fécondité, M. Pétrequin examine aussi l'époque de l'établissement de la puberté. Cette durée n'est pas la même partout; elle est d'autant plus longue que la femme a été réglée plus tard; c'est ce que nous avons fait ressortir en comparant les tableaux de M. Pétrequin avec ceux que j'ai formés pour notre pays. D'après les observations de l'auteur des recherches dont nous nous occupons, le minimum de la durée est de 20 à 25 ans, chez moins du quart; le medium de 25 à 30 chez plus de la moitié ; et le minimum du quart environ de 31 à 38. Ainsi la durée de la fécondité est, terme moyen de 25 à 30; les données que j'ai consignées ci-dessus le feront varier de 26 à 33 pour notre pays ; mais comme ces données laissent beaucoup à désirer, il est bon de ne tenir pour exact que le chiffre de M. Pétrequin qui est justifié par cette phrase de M. Londe «*la périodemenstruelle dure ordinairement* 30 *ans dans nos climats.*» Ainsi, la femme ne vit réellement guère plus d'un quart de siècle ; auparavant elle n'est point femme ; après elle ne l'est plus; le temps de la fécondité est justement le double de l'état impubère, et ce calcul peut servir à mesurer l'existence des êtres. C'est là une question à l'examen de laquelle je me suis livré à l'aide avec des tables de M. Quetelet, et je serai bientôt à même de donner mon travail pour la Belgique.

*Les accouchements influent-ils sur les dérangements menstruels?* Pour résoudre cette question, M. Pétrequin a rassemblé 65 observations, et groupant les accouchements artificiels et naturels, il n'a compté que deux dérangements de menstruation attribuables aux suites de couches, ce qui donne au plus la proportion de 3 p. %. Il n'a pas choisi de femmes qui n'avaient eu que peu d'enfants ; 17 en avaient fait de 5 à 11, et 36 avaient dépassé le nombre 2. Trois accouchements sont approximativement le terme moyen, ensuite peu d'accouchements entraînent des dérangements dans les règles.

Le *Memento* de mon père, qui a pratiqué une quantité extraordinaire d'accouchements depuis 40 ans, et qui a cependant fait très-peu d'accouchements artificiels, me ferait porter à 4 le chiffre moyen des accouchements, et démontre que la génération n'influe nullement sur la menstruation; les accouchements artificiels auxquels ont eu recours ses confrères, ont toujours exercé une influence directe sur la fonction, et si je rapproche ses données de celles que je me suis procurées, je trouve que 70 p. % est la proportion du dérangement des règles après l'accouchement artificiel.

Jusqu'ici M. Pétrequin, a posé les résultats que l'observation lui donnait en les appuyant de l'autorité des autres écrivains ; mais il n'en est plus de même lorsqu'il discute l'influence de l'âge critique; les faits lui ont manqué, et il a dû s'entourer du témoignage des auteurs, qu'il a trouvés unanimes. D'après Muret, l'âge de 40 à 50 ans n'est pas plus critique pour les femmes que celui de 10 à 20. Lepecq de la Clôture, sur des décès de 20 à 50 ans, a trouvé que sur 1,478 individus des deux sexes morts pendant l'espace de 40 ans, il n'y avait que 718 femmes pour 760 hommes. Benoiston de Chateauneuf a trouvé que l'âge de 40 à 50 ans est réellement plus critique pour les hommes que pour les femmes. Lachaise est arrivé aux mêmes conclusions dans sa Topographie médicale de Paris. Finlaison a trouvé qu'après l'enfance, la vie des femmes est plus longue que celle des hommes, et cela dans des proportions très-grandes. Une fois cette époque passée, leur vie est plus assurée, a dit Richerand, et elles ont l'espoir de la prolonger plus qu'un homme du même âge. Fothergill a noté que pour les femmes faibles et délicates, ou épuisées par une menstruation trop abondante, cette époque est le terme des maladies et le commencement d'une meilleure santé. Gardien (qui a observé qu'une première grossesse amène souvent un changement favorable dans la manière dont la menstruation doit s'exercer par la suite) a fait la même remarque que Fothergill. « C'est qu'en effet, dit M. Pétrequin, la cessation des menstrues est un phénomène naturel comme leur établissement, et qui, comme lui, se passe souvent sans accident. Les femmes doivent avoir d'autant moins d'appréhension qu'elles ont moins abusé des plaisirs, des liqueurs, de la bonne-chère; qu'elles ont mené une vie plus active, eu des règles moins abondantes et qu'elles ont vécu selon le vœu de la nature et sont devenues mères. Néanmoins il y a quelques maladies qui, sans être particulières à cet âge, sont alors plus fréquentes, et paraissent certainement dépendre des changements qui s'opèrent dans leur économie. » Quelques précautions hygiéniques suffisent d'ordinaire pour prévenir tout accident : un régime alimentaire léger et peu succulent, pour s'opposer à la pléthore ; la suppression du repas du soir (qui éloigne les apoplexies); un exercice modéré ; les voyages à la campagne; quelques grands bains par intervalles; l'abstinence des plaisirs de l'amour (qui déterminent alors assez fréquemment le cancer, a dit Desormeaux) ; l'éloignement de tout ce qui peut exalter la sensibilité ; enfin les émissions san-

guines dans les cas de pléthore inquiétante, etc. Au nombre des maladies que peut déterminer l'âge critique, se trouve l'amaurose; la cécité chez les femmes, due à des amauroses déterminées par cette cause, s'élève aux 7/8 environ, d'après les recherches nombreuses que j'ai faites à ce sujet.

*Durée des périodes mensuelles.* C'est ici que se rencontrent le plus de dissidences. Aristote, Van Helmont, Mead, Roussel, etc., font cadrer les phases lunaires avec les phases menstruelles; de là l'expression vulgaire de *lunes* pour désigner les règles que Van Helmont a appelées *maenstonden* (de *maen*, lune, et *stonden*, écoulement périodique, ainsi *écoulements périodiques lunaires*) et que nous désignons aujourd'hui sous le nom flamand de *maendstonden* (de *maend*, mois). M. Dugès nie la puissance sidérale établie surtout par Van Helmont, mais il fait marcher les périodes par septenaires, c'est-à-dire tous les 15, 21, 27 ou 28 jours; et la menstruation présente tant de variétés que toutes ces formes peuvent se rencontrer. Linné a trouvé des Laponnes qui ne se revoyaient qu'une fois l'an. Quoi qu'il en soit, il suffit de suivre les notes que beaucoup de femmes mettent sur leurs almanachs, pour trouver comme l'a fait M. Pétrequin, que Haller, Maygrier, Desormeaux, ont dit avec raison que le retour du flux cataménial coïncide, en général, avec le mois solaire; d'où la dénomination de *mois*, de *maenden* en flamand; M. Pétrequin a trouvé que ce quantième tombait indifféremment à toutes les époques du mois; on pourrait donc conclure avec Desormeaux et Velpeau, que la doctrine qui divise les femmes en deux sections menstruelles, suivant l'âge, semble réfutée par les faits.

Les opinions diffèrent encore sur la durée de chaque écoulement, qui en général, est invariable pour une femme bien portante. Aristote a regardé comme de courte durée un flux de 2 à 3 jours; M. Pétrequin comme Maygrier, Gardien, Desormeaux, Adelon, a trouvé qu'il est le plus généralement de 3 à 5 jours; d'après Paré, il dure 4 à 5 jours chez les femmes les mieux réglées. Il n'y a donc, par le fait, que 24 à 26 jours entre les retours; ainsi une femme réglée 30 ans aurait 1,500 jours de menstrues, si l'écoulement durait 4 jours, et 1,800 s'il était de 5, ce qui est le 7e du temps de la fécondité pour les premières, et le sixième pour les secondes; c'est-à-dire qu'en général elles n'en sont délivrées que 5 jours sur 6 ou au plus 6 sur 7.

On a débité les erreurs les plus ridicules sur la qualité du sang des règles; Hippocrate a comparé ce sang à celui d'une victime « comparaison juste, dit M. Pétrequin, sauf peut-être moins de fibrine dans le premier et plus de viscosité, qui provient sans doute du mélange des mucosités vaginales; et la raison seule fait pressentir qu'il ne doit pas y avoir de qualités délétères dans un sang destiné à la conception, et à fournir plus tard, des matériaux à la sécrétion du lait. Cependant, comme les préjugés du vulgaire cachent souvent quelque vérité, il est vrai de dire qu'il y a quelqus femmes rares qui justifient cette opinion, et j'ai moi-même été plusieurs fois témoin de leur fâcheuse influence à cette époque. » Gardien avait fait cette remarque; Velpeau dit qu'il est évident que le sang retenu plus ou moins longtemps dans les organes sexuels, chez les femmes malpropres, peut en se décomposant, y acquérir des propriétés plus ou moins délétères. Swédiaur a rapporté des observations de blennorrhagie gagnées avec des femmes durant leurs règles; j'ai rencontré 4 cas pareils; une fille publique qui se trouvait à Mons en 1833, ne pouvait avoir aucun commerce avec un homme pendant l'écoulement cataménial, sans que celui-ci contractât une blennorrhagie; je citais dernièrement à un excellent gynekologue, mon ancien et digne camarade Schnenfeld de Charleroy, l'exemple d'une femme malpropre, chez laquelle le sang des règles séjournant dans les organes sexuels, avait déterminé la formation de fausses membranes, et enfin d'une humeur qui avait dû être enlevée par l'instrument.

Les divergences d'opinion ne sont pas moins nombreuses au sujet de la quantité de sang que la femme perd à chaque écoulement. M. Pétrequin trouve avec Dehaën, Alph. Leroy, Baudelocque, Dugès, que cela varie le plus généralement de 3 à 4 et 5 onces, mais qu'elle est plus forte pour les femmes de la ville que pour celles de la campagne. La quantité varie aussi suivant les diverses époques de l'année; ainsi les femmes perdent plus au printemps; l'ardeur amoureuse est plus forte dans cette saison, et le nombre des conceptions est plus grand que dans les autres périodes de l'année. Gardien avait déjà observé que les femmes voluptueuses avaient des règles plus abondantes que celles qui sont naturellement froides. Sur un tableau de 13,903 naissances rangées par mois, M. Villermé a montré que c'était en janvier, février et mars que le plus grand nombre avait lieu; or, en les rapportant à l'époque de la conception, on trouve que c'est en avril, mai et juin qu'il s'en opère le plus; ainsi janvier a donné 1,095 naissances qui reportent la conception en avril; février-mai 1,136; mars-juin 1,117; donc 3,348 conceptions pour le printemps; l'été en a fourni 2,918, ainsi reparties: avril 1,057 naissances, conception en juillet; mai-août 965; juin-septembre 896; on en a compté 2,792 pour l'automne, dont 884 naissances en juillet, conception en octobre; août-novembre 927; septembre-décembre 981; l'hiver en a fourni 2,945, octobre-janvier 964; novembre-février 1,000; décembre-mars 981. Le nombre des conceptions au printemps l'emporte donc sur celui que présentent les autres saisons.

M. Pétrequin termine ses recherches par quelques considérations sur la cause, le siége et le but de la menstruation.

Les causes de la menstruation sont encore à peu près inconnues; Aristote et Astruc l'attribuent à la pléthore locale qui précède l'évacuation sanguine; M. Pétrequin fait fort judicieusement remarquer que

c'est là décrire le phénomène sans en donner la raison. D'après Haller l'écoulement provient de la faiblesse des vaisseaux utérins, et surtout des capillaires artériels qui laissent suinter le sang à travers leurs parois; selon lui, la ménospausie serait due à la rigidité et à l'épaississement de ces mêmes vaisseaux qui ne permettraient plus au liquide menstruel de transsuder. On a ajouté à ces prétendues explications l'influence de l'effort perpendiculaire du sang et de la station bipède. Cette cause peut avoir de l'influence, mais elle n'explique pas tout; la menstruation n'offre-t-elle pas souvent, avant de s'établir, des déviations bizarres qui sont loin d'occuper les points les plus déclives? Les auteurs sont remplis d'exemples de cette nature qui démontrent que la cause réelle des menstrues ne réside pas seulement dans la pléthore locale, dans la faiblesse des vaisseaux utérins, ni dans la station bipède.

Les anatomistes ont longtemps discuté sur la source immédiate du sang menstruel; Vésale la place dans les veines, Ruysch dans les artères; Winslow, Meïbomius dans les capillaires artériels; Lister dans des glandules spéciales; Simson dans de petits réceptacles particuliers; Astruc dans de prétendus sinus veineux. Les uns ont dit qu'il venait du vagin; Columbus, Pineau, Bohn, Verduc, rapportent des faits de ce genre. D'autres ont prétendu qu'il suintait de l'intérieur du col utérin, ce qui explique sa persistance dans certains cas de grossesse, ainsi que Deventer et Baudelocque en citent des exemples, comme j'en ai également rapporté dans l'Encyclographie, d'après des journaux allemands. Il est probable que l'écoulement peut partir de ces divers points, mais qu'en général la menstruation que Stahl et Lordat ont justement rangée au nombre des hémorrhagies actives, provient de la cavité utérine même; c'est ce que prouvent jusqu'à l'évidence la distension de ce viscère par les rétentions des règles, les taches ou ecchymoses qu'on y rencontre chez les femmes mortes pendant le flux, et le sang qui s'écoule directement soit par la cupule d'un pessaire en bilboquet qui emboîte exactement le museau de tanche, soit par les fistules utérines qui cèdent parfois à l'opération césarienne, soit enfin directement par l'orifice du col mis à découvert dans les chutes de matrice.

L'aménorrhée enlève ordinairement la faculté de devenir mère; il existe cependant quelques rares exceptions à cette règle, constatées par Rondelet, Joubert, Deventer, Maygrier, Hatin, Cunier de Landshut, Herrschmannstel, etc. Ces anomalies ne détruisent pas cette vérité que la menstruation est un résultat nécessaire de l'organisation des femmes, qu'elle est le signe comme la mesure de leur santé, et que sa régularité est le plus sûr garant de son aptitude à la fécondation. Les règles sont d'une utilité relative à la conception; elles ont au moins pour effet d'exciter les organes génitaux; elles paraissent être le stimulus propre de ces organes. C'est alors que la femme est le plus amoureuse, et en excitant ces organes elles les rendent aussi plus aptes à la fécondation.

Ce résultat, si facile à constater chez les animaux durant le flux mucoso-sanguinolent que l'on observe chez certains mammifères se retrouve encore chez la femme. La menstruation est certainement aussi destinée à prévenir un changement trop brusque dans l'économie durant la gestation, de manière qu'il se trouve un aliment tout prêt pour la nutrition du nouvel être, soit pendant la vie intra-utérine soit pendant la lactation. Aussi une femme menstruée pendant sa grossesse met-elle au monde des enfants plus faibles; non que le sang cataménial suffise seul à la nourriture du fœtus vers la fin de la gestation; car on peut évaluer, en général, à 27 ou au plus à 45 onces, la quantité de sang qui s'écoule durant les neuf mois; mais, on ne peut le nier, c'est un puissant moyen pour remplir l'équilibre.

L'analyse qu'on vient de lire, n'est à le bien prendre, que la reproduction du travail de M. Pétrequin; les lecteurs de ce journal ne m'en feront certainement pas un reproche lorsque je leur aurai appris qu'il leur serait de toute impossibilité de se procurer cet ouvrage, même en s'adressant à l'auteur. Ces recherches constituent ce que nous possédons de plus complet sur la menstruation; toutefois M. Pétrequin n'a pas la prétention d'avoir épuisé la matière; loin, très-loin de là, voici comment il termine : « l'histoire humaine est pleine de mystère; » j'ai cherché à dire ce qui m'a paru le plus plausi- » ble. Les causes premières sont encore à trouver...» Nous ne le savons que trop, les choses les plus simples semblent rester inaccessibles à l'homme; pourquoi, a dit Haller, la grossesse est-elle de neuf mois dans l'espèce humaine? pourquoi certaines plantes fleurissent-elles en avril ou mai, et d'autres en juin ou juillet? ..... Le pourquoi, il est simple! et nous ne saurions le donner. Celui qui prétendrait l'expliquer, s'exposerait beaucoup à donner des raisons de la force de celles de Molière : *Opium facit dormire quià est in illo virtus dormitiva.*

Je ne déposerai point la plume sans former des vœux pour que M. Pétrequin reprenne quelque jour son œuvre, et aussi pour que l'un ou l'autre de nos médecins s'occupe d'un travail analogue pour la Belgique; je me ferai toujours un devoir de leur communiquer les notes que je tiens de feu M. Marcq, car elles sont tombées en de bien mauvaises mains, à cause de la direction toute spéciale que j'ai imprimée à mes études médicales.

FLORENT CUNIER.

---

PRÉCIS ÉLÉMENTAIRE DE MÉDECINE LÉGALE, *extrait des meilleurs ouvrages généraux et spéciaux de médecine légale, suivi des lois, des arrêtés et des règlements de police médicale et de police sanitaire;* à l'usage des élèves en médecine, des mé-

decins praticiens et des pharmaciens-chimistes; par F. J. Matthyssens, docteur en médecine, en chirurgie et en l'art des accouchements, lecteur et professeur, de physiologie et de médecine légale à l'école de l'Hôpital civil d'Anvers, secrétaire-adjoint de la Société de médecine de la même ville, membre correspondant de la Société de médecine de Gand et de celle de Bruxelles. *Imprimé par décision de la Société de médecine d'Anvers*, tome second, in-18, de 610 pages, Anvers, 1838, chez la veuve Heirstraeten, imprimeur-libraire.

Ce volume complète l'ouvrage de M. Matthyssens dont nous avons rendu compte dès son apparition. Il justifie en tout les éloges que nous avons donnés alors au tome premier (1). L'auteur traite successivement dans celui-ci, et dans autant de chapitres : 1° de la combustion spontanée; 2° de la mort par submersion; 3° de la mort par strangulation et par pendaison; 4° de l'empoisonnement et de toutes les questions qui s'y rattachent; 5° de la falsification des matières alimentaires; 6° des inhumations; 7° de la putréfaction; 8° des exhumations juridiques; 9° de l'examen médico-légal des cadavres. — L'ouvrage est terminé par un article qui a pour titre : *Police médicale et police sanitaire*, renfermant les principales dispositions législatives concernant l'exercice de l'art de guérir et les mesures de police sanitaire en Belgique.

La même méthode, le même ordre, la même clarté que nous avons signalés dans le tome précédent ont été suivis dans la rédaction de celui-ci. M. Matthyssens commence chaque chapitre par rapporter les articles de législation applicables à la question dont il va être traité; puis il expose l'état de la science sur cette dernière, discute les diverses opinions et apporte à l'appui de sa manière de voir des faits concluants puisés dans les meilleurs traités de médecine légale, dans les monographies et dans des mémoires particuliers épars dans les recueils périodiques. Il termine par des rapports fort bien choisis qui ont l'avantage de résumer la question et d'offrir aux praticiens des modèles à suivre dans les expertises médico-légales.

Nous ne finirons pas cet article sans faire remarquer que le chapitre consacré à l'empoisonnement, un des plus importants du volume, nous a paru très-complet; c'est un excellent résumé de tout ce qui a été publié à ce sujet.

En somme, le livre de M. Matthyssens mérite d'être placé au nombre des ouvrages élémentaires qui servent à l'instruction des élèves en médecine et il n'est pas à dédaigner des praticiens qui n'ont que peu de temps à consacrer à l'étude.

J.-R. Marinus.

(1) *Bull. méd. belge*, année 1837, page 77, (tome XVII de l'Encyclographie).

# Encyclographie

DES

# SCIENCES MEDICALES.

## RÉIMPRESSION GÉNÉRALE

DES

OUVRAGES PÉRIODIQUES SUR CES SCIENCES, PUBLIÉS EN FRANCE,

Savoir :

LANCETTE FRANÇAISE, GAZETTE DES HÔPITAUX;
GAZETTE MÉDICALE DE PARIS;
L'EXPÉRIENCE, JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE;
LA PHRÉNOLOGIE;
JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICALES;
JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES;
REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE;
ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE;
ARCHIVES HOMOEOPATHIQUES;
ANNALES D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE MÉDECINE LÉGALE;
BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE ET CHIRURGICALE;
ANNALES DE CHIMIE ET DE PHYSIQUE;
JOURNAL DE PHARMACIE ET DES SCIENCES ACCESSOIRES.

**BRUXELLES,**
SOCIÉTÉ ENCYCLOGRAPHIQUE DES SCIENCES MÉDICALES,
RUE DE FLANDRE, N° 155.

1838.

LA LANCETTE FRANÇAISE,

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

JUIN 1838.

N° 66. — 2 JUIN.

## HOPITAL DES ENFANTS MALADES.

Service de M. GUERSANT.

*Laryngite striduleuse. Soupçons de croup. Saignées locales et vomitifs. Guérison.*

La nommée Godefroy, âgée de cinq ans, est entrée, le 13 avril, à l'hôpital, et a été couchée au n° 3 de la salle Ste-Anne. Elle était affectée d'une blépharite qui a cédé à l'application de quatre sangsues, pendant deux fois à la tempe droite, et à un collyre adoucissant.

Cette petite enfant allait donc être guérie, lorsqu'elle fut saisie, le 1er mai au soir, d'un léger mouvement fébrile qui persista, avec de la toux, jusqu'au 8 mai. Alors, la petite malade porte la main à la partie antérieure de la trachée, où elle indique qu'elle souffre; en même temps, toux fréquente, striduleuse; voix faible et altérée dans son timbre. L'inspection du pharynx ne démontre la présence d'aucune fausse membrane. Rien dans les crachats expectorés, qui sont peu nombreux. Deux ventouses scarifiées au point douloureux; 8 grains d'ipécacuanha à donner *illicò* (non donnés par oubli).

9 mai. Chaleur vive de la peau; 96 pulsations; toujours le même caractère de la toux; la voix s'éteint de plus en plus. Pas de suffocation; douleur persistante au devant du larynx; respiration bonne dans toute la poitrine. 8 grains d'ipécacuanha à donner *illicò*; lait.

10. Elle a vomi hier; mais les matières vomies n'ont rien présenté de particulier, aucune fausse membrane. Sur le soir, la respiration étant plus gênée que de coutume, trois sangsues ont été appliquées à la partie inférieure de la trachée. Aujourd'hui, 112 pulsations; peau très-chaude; respiration rauque, surtout pendant l'inspiration; quelques crachats opaques, muqueux; toux striduleuse; voix aussi affaiblie qu'hier. Mauve édulcorée; julep gom. avec kermès, 1 gr.; diète.

11. Amélioration notable de tous les symptômes; pas de fièvre. Même prescription, plus un peu de lait.

12 et 14. Toux moins fréquente, ayant perdu son timbre précédent; pas de douleurs au devant du larynx; voix plus forte. Soupe, bouillon; kermès, 1/2 grain.

Les jours suivants, l'amélioration s'est maintenue; la voix a repris son timbre normal, et la toux s'est montrée rarement.

Aujourd'hui, 25 mai, elle est tout à fait guérie, et M. Guersant conseille aux parents de l'emmener de l'hôpital.

— Ce cas a présenté cela d'intéressant, que, pendant la période d'intensité de la maladie, on pouvait se demander s'il y avait une laryngite simple, ou si c'était un croup. D'après les auteurs, celui-ci s'annonce par une voix et une toux dites *croupales*, ressemblant à divers bruits, par l'expectoration de fausses membranes. Ce dernier caractère est certainement le plus important : suivant M. Andral, dans le véritable croup, il n'y a ni voix ni toux. Chez notre malade la toux a existé, mais modifiée dans son timbre; la voix, quoique s'affaiblissant de plus en plus, n'a jamais été perdue entièrement. En outre, pas de fausses membranes. Ces signes, joints à la douleur locale, justifient donc le diagnostic qui a été porté.

Le traitement a été tout à la fois et celui de la laryngite et celui du croup. Dans le cas, en effet, où les fausses membranes n'auraient pas été expectorées, supposé toutefois qu'elles existassent, les vomitifs qui ont été donnés pouvaient très-bien remplir ce but, en déterminant des efforts de vomissements.

## DISPENSAIRE SAINTE-GÉNÉVIÈVE.

M. TANCHOU.

Maladies des femmes. — *Cystocèle vaginale. Leucorrhée. Guérison par un sachet.*

La dame M....., vingt-sept ans, se présenta à la consultation le 18 mai 1837. Cette dame est d'une

bonne constitution; elle a eu trois enfants à terme et heureusement. Après sa dernière couche, elle s'aperçut d'un écoulement par le vagin qui, peu à peu, devint permanent; il était parfois assez abondant pour affaiblir la malade, et s'accompagnait de tiraillements d'estomac, de maux de reins, de lassitudes, etc. Les diverses médications émollientes qu'elle avait subies avaient constamment aggravé ces symptômes.

A l'examen, on trouva les parties génitales généralement pâles, les parois du vagin molles, humectées d'un liquide transparent; une tumeur du volume et de la forme d'une grosse noix, cédant facilement et sans douleur à la pression, et formée évidemment par une procidence de la vessie, occupait la paroi supérieure du canal vulvaire; elle faisait saillie derrière le canal de l'urèthre, et était le siége d'une fluctuation manifeste que le cathétérisme fit disparaître. Le col de l'utérus était un peu engorgé; la matrice, en totalité, affectait un léger degré d'antéversion.

*Traitement.* Suppression du régime relâchant; injections alumineuses. Huit jours après, aucun changement, hors une très-légère diminution de l'écoulement. Application d'un sachet de sciure de bois pour réduire et maintenir la tumeur cystique; injection alumineuse chaque fois qu'on retirera le sachet. Dès ce moment les tiraillements d'estomac, les pesanteurs dans le bassin se dissipèrent; l'écoulement lui-même devint presque nul. Plus tard, nous avons revu la malade; elle n'éprouve plus les incommodités qui l'avaient amenée au Dispensaire, et persiste à garder le sachet, qu'elle a déjà renouvelé plusieurs fois.

Cette observation, quoique fort simple, offre pourtant quelque intérêt. Bien des médecins eussent traité la leucorrhée par des astringents et des toniques seulement; mais, quand même on eût tanné en quelque sorte le vagin, la leucorrhée n'en eût pas moins persisté; elle avait sa source dans une cystocèle vaginale, affection très-commune, bien que la plupart des auteurs n'en parlent pas.

M. Tanchou reconnaît plusieurs espèces d'abaissements ou de déplacements de la poche urinaire par le vagin; tantôt c'est le col de la vessie, tantôt son bas-fond, et parfois le canal de l'urèthre lui-même près de son orifice qui s'abaisse. Dans le dernier cas, la tumeur est ridée, peu volumineuse, facile à remonter. Dans le second, elle a un volume plus considérable, fluctuante quand il y a de l'urine, présentant son plus grand diamètre en travers; c'est alors surtout que (le cystocèle coïncidant avec une rétroversion de l'utérus) le museau de tanche est en quelque sorte coiffé par la vessie.

Le sachet n'avait pas pour but seulement de maintenir la tumeur cystique; il devait encore servir de moyen d'application des substances convenables pour ramener graduellement à leur premier état les membranes distendues et relâchées outre mesure. A cet effet on l'imbibait trois fois par jour d'une solution astringente. Ainsi, on peut espérer une amélioration notable, sinon une guérison complète.

Le cas suivant se rapproche du précédent en ce qu'il avait également résisté à divers traitements. Le toucher et l'extérieur de la malade n'ayant fait soupçonner aucune lésion de la matrice, on avait jugé inutile l'exploration par le spéculum; mais plus tard elle devint nécessaire.

Madame F....., vingt-trois ans, vint au Dispensaire le 15 mai 1837, réclamer des soins pour une leucorrhée abondante qu'elle avait depuis plus d'un an. Des tiraillements dans la région épigastrique, des douleurs vagues dans le bassin, des lassitudes spontanées, etc., tels étaient les symptômes dont elle se plaignait. Le toucher fit reconnaître le vagin et l'utérus dans leur état normal; mais au spéculum on vit s'écouler de l'orifice du col un liquide abondant, crémeux et filant. Les lèvres n'offraient pourtant aucune trace de maladie. L'écoulement devait donc provenir de la cavité du col et probablement de celle du corps de la matrice.

*Traitement.* Injection astringente (acétate de plomb) avec le spéculum et une sonde, de manière à diriger le jet du liquide dans l'utérus; pilules de sous-carbonate de fer. Huit jours après, amélioration. Un crayon de nitrate d'argent fut porté dans le col aussi loin que la prudence pouvait le permettre; continuation des pilules et des injections. Le quinzième jour, nouvelle cautérisation; le vingt-neuvième, guérison.

Lorsqu'une leucorrhée ne présente d'autre symptôme important qu'un écoulement ordinaire, il est rare qu'on fasse subir à la malade l'exploration par le spéculum; ainsi sont traitées la plupart des flueurs blanches que présentent de jeunes femmes d'ailleurs bien portantes, et dont on accuse vaguement l'atmosphère, la nourriture ou la constitution. Nous sommes bien loin de vouloir prescrire dans tous les cas cet examen pénible; mais, convaincu que la leucorrhée est souvent, pour les malades, le seul précurseur appréciable des affections organiques de la matrice, qu'elle est presque toujours traitée sans examen suffisant au début de ces affections, nous croyons l'emploi du spéculum nécessaire, lorsqu'elle a résisté à un traitement rationnel et que le diagnostic est incertain. Notre observation en est une preuve : la malade avait subi sans résultat des traitements longs et variés; eh bien, quel praticien oserait affirmer que cette affection, abandonnée à elle-même, n'eût pas été le point de départ d'une maladie grave de l'utérus? Cependant le spéculum pouvait seul fournir les indications curatives.

EGUISIER, D.-M.-P.

---

N° 67. — 5 JUIN.

---

## HOTEL-DIEU.

### M. CHOMEL.

*Abcès du bassin, suite de couches. Mort, Autopsie.*

Au n° 9 de la salle St-Paul, était couchée une femme, âgée de 30 ans, d'une forte constitution, entrée le 19 août, cinq semaines après ses couches.

Au moment de son entrée à la clinique, cette femme n'accusait qu'un léger mal de gorge, qui s'était ma-

nifesté depuis plusieurs jours et presque immédiatement après l'accouchement : la gorge était un peu gonflée; l'inflammation était peu intense. Cependant, l'état général de la malade semblait indiquer quelque chose de plus grave chez elle que l'angine; le pouls était précipité, petit, irrégulier; la peau offrait une coloration jaunâtre luisante; la physionomie réveillait, par son expression, des désordres graves et profonds : il existait de la diarrhée et de la faiblesse, et un accablement extrême.

Ne pouvant raisonnablement rapporter la gravité de l'état général à la simple angine tonsillaire, et d'ailleurs cette femme étant accouchée depuis peu, on conçut des soupçons d'une affection de la matrice. L'exploration de cet organe fut pratiquée à l'aide du toucher et du spéculum, qui ne révélèrent aucune altération pathologique. Le volume de l'utérus était ordinaire; sa configuration extérieure, sa coloration étaient telles qu'on les observe un mois et demi après l'accouchement, et cet organe jouissait de sa mobilité habituelle.

Toutefois, la femme accusait de la douleur vers le flanc gauche, et, à l'examen de cette région, on trouva une tumeur fusiforme, dont la compression augmentait la douleur ressentie habituellement par la malade; tumeur qui, manifestement, n'était pas due à un amas de matières fécales dans l'intérieur de l'intestin, car la malade avait de la diarrhée, et que, d'ailleurs, la tumeur n'offrait pas cette disposition en chapelet que l'on observe pour les tumeurs stercorales. Des mouvements imprimés à l'utérus, d'une manière méthodique, en pratiquant le toucher vaginal, manifestaient aussi qu'elle ne siégeait pas non plus dans l'épaisseur des parois de l'abdomen, ni dans l'ovaire gauche. Ce ne pouvait donc être qu'une inflammation du tissu cellulaire de la fosse iliaque de ce même côté.

Nous n'omettrons point de dire, avant d'aller plus loin, que dans les jours qui précédèrent l'entrée de la malade à la clinique, elle avait eu du gonflement des ganglions inguinaux droits, ayant nécessité l'emploi de quelques sangsues, et que leur dégorgement fut suivi par le gonflement des ganglions gauches.

Il semblait donc hors de doute que l'on eût affaire à une inflammation profonde dans la fosse iliaque gauche non-seulement, mais dans la droite aussi, car cette région était le siége d'une légère douleur : inflammation qui se terminerait probablement par suppuration, si toutefois même celle-ci n'était déjà commencée; ce qui indiquait la nécessité d'examiner fréquemment l'état des organes génitaux internes, pour s'assurer si l'inflammation phlegmoneuse, venant à se terminer par la suppuration, le pus ne s'ouvrirait pas une voie au dehors en perforant le vagin.

Effectivement, des explorations répétées démontrèrent que la surface du vagin était lisse, uniforme et non plissée, comme cela a lieu naturellement; de l'élasticité existait même en arrière et à droite, élasticité qui était assez marquée, mais que l'on ne pouvait pas confondre avec la fluctuation, dont l'existence était au moins douteuse.

En même temps, on ne négligea point d'examiner avec beaucoup de soin les matières fécales et les urines; car il n'eût pas été impossible qu'une collection purulente venant à se former dans le bassin, à la suite de l'inflammation existante, le pus ne se fût ouvert une issue dans la vessie ou sur un point de l'intestin.

Les investigations les plus minutieuses des urines et des garde-robes, et les explorations répétées du vagin ne firent jamais connaître la présence du pus dans ces excrétions, ni aucune perforation du vagin, qui, du reste, se serait révélée par un écoulement purulent.

Toutefois, le mal persistait; l'état de la malade s'aggravait de jour en jour. Il avait bien semblé, dans les explorations vaginales, que l'élasticité que l'on avait rencontrée n'était pas due d'une manière manifeste à la présence d'un fluide dans l'épaisseur de la cloison recto-vaginale; mais ne voulant pas s'en rapporter entièrement à lui dans un cas qui offrait une gravité extrême, M. Chomel crut devoir consulter les lumières de la chirurgie.

M. Blandin se rendit auprès de la malade, et ne trouva pas de fluctuation bien évidente.

Dans ces entrefaites, la douleur du côté droit, qui était peu manifeste d'abord, acquit peu à peu de l'intensité, et la fosse iliaque de ce même côté devint aussi saillante que l'autre; la douleur, comme de l'autre côté, augmentait par la pression; l'altération des traits devint de plus en plus profonde. Le ventre, d'abord bien conformé, prit graduellement de l'accroissement; de la fluctuation se manifesta dans le ventre qui, tout en conservant sa disposition normale dans sa partie sus-ombilicale, acquit une disposition en besace dans la partie sous-ombilicale, favorisée par l'état de relâchement dans lequel se trouvaient les parois abdominales par suite de la grossesse qui avait précédé la maladie. La manifestation de la fluctuation fut suivie d'une diminution remarquable de la douleur; mais à cet état succédèrent bientôt les symptômes d'une péritonite : ainsi douleur locale, nausées et, en un mot, tous les symptômes d'une péritonite, les vomissements exceptés; péritonite occasionnée évidemment par l'arrivée du pus dans la cavité de la séreuse abdominale. En attendant, la malade s'affaiblissait davantage d'un instant à l'autre. L'ouverture de l'abdomen, dans le but de faciliter l'issue du pus, n'aurait fait que favoriser le cours de la péritonite, et l'on y renonça. D'ailleurs, comment s'assurer que le liquide épanché dans l'abdomen était réellement du pus? Et n'aurait-il pas été possible que ce liquide ne fût autre chose que le produit séreux résultant de l'inflammation du péritoine même, produit susceptible de résorption?

Graduellement les choses en arrivèrent aux extrêmes, et la malade succomba.

*Autopsie. — Abdomen.* A l'ouverture du ventre on a trouvé la cavité abdominale séparée en un grand nombre de cavités secondaires constituées par des adhérences et de fausses membranes : la plus remarquable de ces cavités secondaires existe au niveau du foie et repose sur sa face convexe; elle offre de cinq à six pouces de diamètre et est remplie par un liquide séro-purulent, que l'on rencontre du reste dans toutes les autres cavités secondaires. Ce liquide puriforme a été recueilli dans un verre, et par le repos s'est séparé en deux couches, une supérieure, limpide et d'un jaune citrin, l'autre infé-

rieure, dense, trouble, floconneuse et d'un jaune soufre mat.

Les adhérences qui constituent ces nombreuses cavités secondaires sont molles, se déchirent facilement, et les fausses membranes à la faveur desquelles elles sont formées, indiquent par leur nature friable qu'elles sont de création récente. La cavité du petit bassin est remplie de liquide séro-purulent.

Évidemment, l'inflammation du péritoine était récente, mais il serait difficile de dire si elle s'était déclarée à la suite d'un épanchement de pus dans le vagin, ou si, avant l'épanchement purulent, elle s'était effectuée par voie de continuité des fosses iliaques vers la séreuse. Quoi qu'il en soit, plusieurs perforations du péritoine mettent en communication les foyers extra-péritonaux des fosses iliaques, qui sont très-vastes, avec le foyer péritonéal principal qui siége à la région hypogastrique. Le cul-de-sac recto-vaginal est rempli de liquide, et le fond de la matrice qui baigne dans le pus en est en partie arrosé. L'S iliaque du colon baigne aussi dans le pus et offre une ulcération qui s'est formée de dehors en dedans, c'est-à-dire du péritoine vers la muqueuse, et qui intéresse tous les tissus, la muqueuse exceptée. Ainsi, si la malade avait encore pu vivre pendant huit à dix jours, on aurait assurément rencontré du pus dans les selles.

L'ovaire droit est aussi le siége d'une inflammation suppurative, et offre une vaste ulcération. Le pus des fosses iliaques ayant fusé dans l'épaisseur des ligaments larges, s'est rendu vers le vagin, et les cloisons rectale et vésicale ont été en partie séparées par le pus.

Enfin, dans le gros intestin on a rencontré un ramollissement de la membrane muqueuse qui rend parfaitement compte de la diarrhée chronique dont la malade était atteinte depuis longtemps : ramollissement que l'on signalait autrefois sous le nom d'usure de l'intestin.

---

## HOPITAUX ANGLAIS (Hudderfield infirmary).

### M. Walker.

### *Plusieurs cas de péricardite rhumatismale suivis de nécropsie.* (1)

1er *Fait.* H..., âgé de 33 ans, reçu le 15 juillet, offre les symptômes suivants : œdème aux jambes; dyspnée; orthopnée; grand essoufflement bruyant après le moindre exercice; sursauts en dormant; cœur turbulent, bat dans une étendue plus large que dans l'état naturel avec un bruit de soufflet très-distinct; pouls, 125. Il y a deux ans, il avait été rhumatisant pendant plusieurs mois, et se plaignait de palpitations et de dyspnée depuis la Noël. En janvier, il avait été affecté d'hydropisie. Cet état avait empiré depuis cinq semaines.

*Traitement.* Vésicatoires; pilules mercurielles (blue pills); scille; une saignée. Le malade est allé de mal en pis, et est mort le 27 du même mois.

*Autopsie.* Cadavre fort émacié; extrémités inférieures œdémateuses. Plèvres généralement et fortement adhérentes des deux côtés. Poumon gauche, crépitant en partie, gorgé de sang à sa partie inférieure. Poumon droit plus engorgé de sang que le précédent, et moins crépitant; il est assez lourd pour descendre au fond de l'eau. Pas de tubercules. Les deux couches du péricarde sont complétement et fortement unies ensemble par d'anciennes adhérences, sans être pourtant épaissies sur aucun point. Le cœur est très-volumineux, hypertrophié; son ventricule gauche dilaté; valvules de l'aorte saines. Foie gros, couleur de noix muscade à l'intérieur. Reins sains. Le crâne n'a pas été ouvert.

2e *Fait.* J..., âgé de 24 ans, reçu le 14 octobre. Rhumatisme général qui empire par la chaleur. OEdème léger des jambes; dyspnée; orthopnée. Battements du cœur très-forts, très-étendus, agitant presque toute la poitrine; bruit de soufflet; pouls à 120, fort. Garde-robes régulières. Le malade a eu un rhumatisme aigu il y a huit ans, et un autre il y a quatre ans. Le cœur a été atteint depuis la première attaque. Le malade avait pu travailler, excepté lorsqu'il souffrait de dyspnée avec hémoptysie.

*Traitement.* Pilules mercurielles; scille et digitale; séné avec hypertartrate de potasse; potion diurétique d'éther nitrique et de juniper. Le malade est mort subitement le lendemain de son entrée.

*Autopsie.* Cadavre leuco-phlegmatique. Extrémités inférieures œdémateuses. Poumons gorgés de sang, mais non hépatisés. Les deux couches du péricarde adhèrent entre elles étroitement sur quelques points. Cœur de volume énorme par hypertrophie et dilatation générale; hypertrophie remarquable du ventricule gauche. Foie plutôt gros. Reins à l'état naturel. Effusion séreuse entre l'arachnoïde et la dure-mère.

3e *Fait.* C. B..., âgé de 30 ans, entré le 3 janvier; rhumatisant depuis plusieurs années. Ses pieds ont gonflé depuis quelque temps; palpitations du cœur; orthopnée, puis décubitus impossible sur le côté gauche; soubresauts pendant le sommeil; toux fréquente; battements du cœur violents et étendus; pouls petit et fréquent.

*Traitement.* Diurétiques; contre-irritants.

*Autopsie.* Le poumon droit adhère à la plèvre costale par de fausses membranes; le gauche aussi, et plus intimement encore. Le péricarde est adhérent au cœur dans toute son étendue; il est épaissi, rouge et couvert d'une croûte inflammatoire. La substance du cœur est flasque et facile à déchirer; les parois du ventricule gauche sont épaissies. Pas d'autre lésion.

4e *Fait.* F. C..., âgé 47 ans, entré le 3 décembre. Rhumatisme depuis plusieurs années; goutte et rhumatisme à la tête dans ces derniers temps. Ensuite, anasarque à la face et aux extrémités inférieures; oppression à l'épigastre; palpitations et dyspnée au moindre exercice corporel.

Le 5 janvier, apoplexie; mort.

Le malade avait été traité par les diurétiques, le colchique, les déplétions locales et le calomel.

---

(1) Extrait du British annals of medicine, août 1837.

*Nécropsie.* Anasarque générale. Abdomen tendu; épanchement péritonéal; reins durs. Péricarde naturel; cavité ventriculaire du cœur gauche quatre fois plus volumineuse qu'à l'état naturel; hypertrophie de ses parois. Le poumon droit est libre d'adhérences; le gauche considérablement congestionné et œdémateux. Épanchement sous-arachnoïdien à la surface des deux hémisphères cérébraux; ventricules latéraux contenant deux onces et demi de fluide clair. Les cartilages articulaires sont généralement couverts de matière goutteuse blanche; les membranes synoviales incrustées de masses de matière calcaire.

Dans ce cas, l'action du rhumatisme avait plutôt porté sur le cœur que sur le péricarde.

5° *Fait.* Femme, 22 ans. Douleurs rhumatismales aux épaules et aux bras depuis l'enfance. Palpitations et douleurs fréquentes à la région du cœur.

*Traitement.* Saignées; contre-irritants, etc.

*Autopsie.* Cœur trois fois au moins plus gros que dans l'état naturel. Les deux couches du péricarde adhèrent entre elles; elles sont carnifiées, rugueuses, et d'une couleur rouge prononcée. Vers la partie supérieure du ventricule droit, est une portion du péricarde fort épaissie, cartilagineuse et même osseuse dans l'étendue de plus d'un pouce.

La conclusion qu'on peut tirer de ces faits, dit l'auteur, c'est que le rhumatisme attaque non-seulement chroniquement le péricarde, mais aussi le cœur, les plèvres, les poumons, le foie, et d'autres viscères encore.

N° 68. — 7 JUIN.

## HOPITAL DE LA PITIÉ.

### M. Piorry.

*Anévrysme de l'aorte. (Hyperaortectasie. Hypercardiotrophie.)*

Touzé, âgé de 36 ans, fabricant de chandelles, d'une constitution très-robuste, couché salle St-Raphaël, n° 38, a eu une bonne santé jusqu'à 29 ans. A cette époque, il eut tout à coup de l'oppression, des battements du cœur, et il cracha du sang; en même temps il éprouva des battements sous la clavicule droite. On le saigna pendant plusieurs jours, puis tous les mois; le nombre des saignées s'est élevé à 20 environ. Il est entré dans plusieurs hôpitaux; on le saignait une ou deux fois, puis se sentant soulagé, il sortait pour reprendre ses travaux.

Il entre à la Pitié le 18 avril, et présente les symptômes suivants : (Saignée la veille.)

Faciès excellent; point de gonflement des lèvres; rien du côté du tube digestif.

Le cœur percuté offre deux pouces de matité à droite de la ligne médiane, cinq pouces à gauche; la résistance au doigt qui percute est très-considérable à gauche, à partir d'un demi-pouce à gauche de la ligne médiane; la matité du cœur de haut en bas, a quatre pouces et demi.

Au-dessus du cœur, à droite, dans l'étendue de deux pouces de haut en bas, et trois pouces un quart transversalement, matité irrégulièrement quadrilatère, arrondie sur les bords; la matité est moindre que celle qui correspond au cœur, et n'a point une forme pyramidale, comme on l'observe dans l'hydro-péricarde.

Par la palpation, on trouve à droite, au niveau de cette matité, un sentiment de bruissement, semblable à la vibration d'une grosse corde; sur ce point, la matité a plus de résistance au doigt.

L'auscultation fait entendre sur ce même point un bruit de râpe qui s'étend sur toute l'étendue de la matité, mais d'autant moins fort qu'on s'éloigne davantage du point où la palpation trouve le bruissement. Les jambes sont gonflées quelquefois le soir. La saignée pratiquée hier a soulagé le malade.

*Traitement.* Application de la glace sur la tumeur; saignées quand les battements seront plus forts, et nourriture animale.

Les symptômes que présente ce malade pourraient être attribués à une hypertrophie du cœur, à la présence de tubercules, au développement considérable du thymus, ou bien à la dilatation de l'aorte ou du tronc brachio-céphalique, ou bien à une péricardite.

La matité étendue de sept pouces transversalement, et de quatre pouces et demie de haut en bas, démontre l'existence d'une hypertrophie des cavités droite et gauche du cœur; mais la matité que l'on rencontre au-dessus ne lui appartient pas. Dans les tubercules pulmonaires, on n'entend pas le bruissement et le bruit de râpe. Le thymus est atrophié à cet âge; du reste, son développement ne produirait pas ces différents bruits. Dans la péricardite, la matité est pyriforme et mobile; les battements du cœur sont profonds, éloignés, et l'on ne rencontre pas à la palpation, le bruissement qui s'observe chez ce malade. L'anévrysme du tronc brachio-céphalique serait accompagné d'un état différent de la circulation dans les membres supérieurs, état qui n'existe pas; d'ailleurs, la matité serait située beaucoup plus à droite. Les différents symptômes sont tous expliqués par l'existence de l'anévrysme de l'aorte ascendante, vers le voisinage de la crosse.

Les faits de guérison de cette maladie sont rares; presque toujours la mort les accompagne. Les traitements divers qu'on lui oppose généralement se résument tous en diète, saignées, repos, eau pour boisson. Pour établir un bon traitement rationnel de cette maladie, il faut en suivre les diverses phases, et voir le mécanisme dont se sert la nature pour opérer quelques guérisons.

Le sang s'accumule dans la tumeur; des couches fibrineuses se déposent à la surface interne du vaisseau, et le protègent contre l'effort du sang qui, fortement projeté par le cœur, tend à le rompre : c'est au moyen de ces couches superposées qu'on a observé quelques guérisons d'anévrysme des gros vaisseaux. Le traitement doit donc avoir pour but de favoriser la coagulation de la fibrine à la surface interne de l'aorte.

Or, qu'arrive-t-il par une diète prolongée? La peau s'amincit, les muscles s'atrophient, les membranes des artères doivent obéir à cette même influence, et, par conséquent, elles offriront une moin-

dre résistance. D'autre part, par des saignées copieuses, on rend le sang plus liquide, plus aqueux, il ne se fait plus de dépôt de fibrine coagulée. La diète prolongée et les saignées ont encore d'autres inconvénients graves ; sous leur influence les organes perdent leur ressort, et beaucoup de malades meurent alors à la suite d'une pneumohémie hypostatique.

Le traitement dit de Valsalva, loin d'être efficace, est nuisible ; si, dans quelques cas, il y a amélioration, elle est due au repos continu du malade, qui est en effet le moyen le plus efficace.

Le traitement de l'anévrysme de l'aorte et généralement du gros vaisseau doit être ainsi formulé :

1° Nourriture succulente, et en plus ou moins grande quantité, suivant l'appétit du malade ;

2° Ne saigner le malade que lorsque les battements du cœur sont forts et fatigants; les saignées ne doivent produire qu'une circulation plus facile ; il faut que le sang reste fibrineux ;

3° Peu de boissons ; car, sous leur influence, le sang devenu plus aqueux se gonfle plus difficilement ;

4° Le repos absolu est la condition principale du traitement ; par le repos on diminue plus les battements du cœur que par les saignées ;

5° Éviter avec soin tout effort ; le mécanisme de la défécation démontre que le sac anévrysmal peut se rompre en ce moment ; il faudra donc tenir le ventre libre au moyen de lavements purgatifs ;

6° Ne jamais donner de vomitifs à cause des efforts qu'ils occasionnent.

7° Examiner avec soin l'état du poumon, la pneumohémie ou l'œdémie pouvant survenir à la suite de l'embarras de la circulation.

8° La compression n'est pas possible à cause de la présence du sternum ; cependant lorsque cet os est lésé en grande partie, une légère compression serait utile ;

9° La glace appliquée sur la tumeur est un excellent moyen, en ce qu'il favorise la coagulation de la fibrine ;

10° A l'intérieur, si on connaissait un médicament qui eût quelque influence sur la coagulation du sang, on devrait l'employer ; la digitale peut être employée comme diminuant la force d'impulsion du cœur. Les purgatifs drastiques diminuent la quantité du sang, comme les saignées, par les flux séreux qui se font à la surface des intestins ; ils ont sur les saignées cet avantage, que peut-être ils agissent en enlevant une partie de la sérosité du sang, et conservent sa portion fibrineuse. C'est par la même raison que les bains de vapeur seront utiles pour les sueurs qui les accompagnent.

Ces considérations théoriques sont appuyées sur des faits qui prouvent que si, sous l'influence de pareils moyens, les malades n'ont pas guéri, ils ont du moins vécu assez longtemps, tandis que, le plus souvent, une mort prompte accompagne l'emploi de la méthode de Valsalva. V.....

—

N° 69. — 9 JUIN.

## HOTEL-DIEU.

### M. CHOMEL.

### *Pneumo-thorax.*

Au n° 70 de la salle St-Bernard, est couché un individu atteint de tubercules pulmonaires arrivés à la période de ramollissement. Tout-à-coup cet homme a éprouvé une douleur pleurétique violente, accompagnée de dyspnée d'abord, puis d'orthopnée et d'un mouvement fébrile assez intense. A ces phénomènes ont succédé d'autres symptômes qui ne laissent plus aucun doute sur une perforation du poumon : ainsi, amplification de la poitrine du côté malade ; augmentation de la sonoréité ; diminution du bruit respiratoire ; dyspnée, etc.

M. Chomel profite de cette circonstance pour dire à son auditoire qu'il n'admet pas la sécrétion de l'air par la plèvre, et qu'il regarde, dans tous les cas, le pneumo-thorax comme symptomatique. Deux causes seules y peuvent donner lieu : la première, c'est la perforation tuberculeuse qui s'opère de dedans en dehors, ou du poumon vers la plèvre, par suite de la fonte d'un ou de plusieurs tubercules ; la seconde, c'est un épanchement purulent dans la cavité pleurale, qui détermine aussi la perforation du poumon, mais d'après un mécanisme inverse du précédent, savoir, de dehors en dedans ou de la plèvre vers le poumon.

Le professeur de clinique de l'Hôtel-Dieu invoque ici l'analogie des épanchements aériformes de la cavité péritonéale qui ne s'effectuent jamais idiopathiquement, et qui sont toujours symptomatiques d'une *perforation* intestinale, suite fréquente des affections typhoïdes, ou bien *déterminée* d'une manière analogue à celle indiquée par le pneumo-thorax qui se fait de la plèvre vers le poumon, ou de dehors en dedans, et qui, dans la tympanite péritonéale, s'opère du péritoine vers l'intestin, à la suite d'un épanchement effectué dans la cavité de cette séreuse, comme on a eu occasion d'en observer dernièrement un cas très-concluant à la clinique, chez une femme morte par suite de vastes abcès du bassin arrivés quelque temps après l'accouchement (voir *Gazette des Hôpitaux* du 5 juin, p. 148), chez laquelle le péritoine était détruit, ainsi que les autres tuniques de l'intestin, la muqueuse exceptée, que la cessation de la vie avait empêchée d'être détruite comme les autres tissus.

Du reste les anciens avaient bien reconnu cette vérité, et ce qui le prouve, c'est la subdivision qu'ils avaient fait subir à la tympanite, qu'ils distinguaient en *tympanite stomacale* due à une accumulation de gaz dans l'estomac, en *tympanite intestinale* résultant de la distension de l'intestin par des gaz, et en *tympanite péritonéale* résultant d'un épanchement d'air ou de gaz dans la cavité du péritoine, symptomatique d'une perforation de l'intestin, quelque, d'ailleurs, eût été le mécanisme et la cause en vertu de laquelle elle s'était opérée ; ils n'admet-

taient pas la tympanite idiopathique, ou résultant d'une sécrétion d'air par le péritoine. Ces notions déjà fort anciennes sur la tympanite, furent consignées, il y a près de 150 ans, par Littré dans ses ouvrages.

Quant à la tympanite péritonéale que l'on observe après la mort, sans qu'il soit possible de constater une perforation du tube digestif, ce n'est là qu'un phénomène cadavérique dû à un commencement de décomposition putride, qui s'effectue avec d'autant plus de célérité que la température est plus élevée.

A ce propos, M. Chomel rapporte l'observation d'un restaurateur de Paris, doué de beaucoup d'embonpoint, d'obésité même, mort tout à coup étant dans un parfait état de santé, et qui offrait, au moment de l'autopsie, une distension énorme des parois abdominales, due à l'accumulation de gaz soit dans l'intestin, soit dans la cavité du péritoine, ce que l'on ne constata pas avant de commencer la nécropsie. Celle-ci fut pratiquée trente heures après la mort (M. Chomel étant présent), et c'était en été; l'individu mourut en dormant, et fut laissé dans son lit pendant tout ce temps. Ces circonstances, jointes à l'obésité extrême du sujet, durent nécessairement favoriser le mouvement de décomposition putride. A peine la perforation des parois ventrales était-elle opérée, que les assistants furent, sinon effrayés, du moins saisis par un bruit inaccoutumé, dû au dégagement immédiat d'une grande quantité des gaz qui étaient renfermés dans la cavité péritonéale. M. Chomel, pour donner une idée exacte de la force avec laquelle les gaz s'échappèrent au dehors, et du bruit que détermina leur sortie violente, les compare à une explosion produite par un fusil chargé à vent. On pensa alors qu'il pouvait exister une perforation intestinale; mais l'examen le plus attentif ne vint pas confirmer cette prévision.

Revenons à notre malade. Avant-hier (5 juin) la quantité d'air épanché était sensiblement augmentée, et depuis elle s'est encore accrue d'une manière non équivoque. La sonoréité paraît augmentée; mais M. Chomel pense que l'on ne doit pas trop se fier à la fidélité de l'oreille, car les sons s'oublient facilement, et que partant il est facile de commettre des erreurs. La mensuration avec le compas d'épaisseur lui paraît fournir des résultats plus certains. La mensuration a donc démontré d'abord une augmentation de six lignes dans le diamètre antéro-postérieur, en dessus du côté sain, qui, en deux jours, est montée à neuf, et qui est aujourd'hui à dix ou onze. Il résulte de tout cela que l'épanchement est considérable, car il ne faut pas seulement avoir en vue l'étendue que la cavité thorachique gagne par la projection en dehors de ses parois, mais il est essentiel en même temps de tenir compte de l'espace qui résulte de la compression du poumon par l'air épanché, et qui augmente de beaucoup l'espace occupé par ce fluide; car cette compression, s'exerçant en tous sens, s'effectue sur une surface très-étendue, ce qui donne, en résumé, un résultat immense.

L'auscultation n'a fourni d'abord que des phénomènes pâles et peu caractérisés, mais qui ont graduellement acquis plus de valeur à mesure que le pneumo-thorax s'est lui-même accru. Inférieurement on entend un bruit analogue au bruit amphorique. A la partie externe, on perçoit distinctement le tintement métallique; ce signe du pneumo-thorax est le mieux caractérisé de tous. A la région scapulaire, et lorsque le malade parle, on entend un bruit de secousse semblable à celui que l'on détermine en frappant avec le doigt sur la peau d'un tambour.

Avec ces symptômes fournis par l'auscultation, existe une sonoréité extrême; anxiété; la dyspnée s'est accrue au point de se changer en orthopnée.

La succussion n'a pas fourni de gargouillement, et s'il existe de l'épanchement, il n'est pas encore assez considérable pour déterminer le gargouillement ou ce bruit qui résulte du choc des flots du liquide épanché contre les parois thorachiques et le poumon. Il est certain que ce phénomène ne tardera pas à se montrer si le malade vit encore quelque temps; car, quand même l'air ne suffirait pas à lui seul pour déterminer l'inflammation de la plèvre qui amène l'épanchement, celle-ci s'effectuerait infailliblement sous l'influence du pus ou des détritus de tubercules qui, du poumon, s'échapperaient dans la cavité pleurale à travers la perforation existante.

Ce malade a été soumis à l'administration des opiacés. C'est l'opium à haute dose que l'on a employé chez lui. L'emploi de ce médicament est doublement indiqué, et par la douleur vive que le malade éprouve, et par la nécessité de déterminer un certain degré de narcotisme qui s'oppose à l'augmentation des épanchements à travers les perforations, en mettant les organes dans une sorte de stupeur et d'inertie.

C'est ici une règle générale qui s'applique non-seulement aux perforations du poumon, mais aussi à celles des intestins. En effet, lorsqu'un accident semblable vient à avoir lieu, les indications principales sont de calmer la douleur excessive que l'inflammation de la séreuse détermine; et la seconde, celle de détruire la cause même de cette inflammation; savoir, d'empêcher l'épanchement d'augmenter. L'opium peut à lui seul remplir ces deux indications importantes; car son action narcotique n'influe pas seulement sur la douleur; mais, en jetant l'organisme dans un état d'insensibilité et d'inertie, prévient les contractions des fibres musculaires de l'intestin, qui, en se contractant sur les substances qu'ils renferment, les repoussent vers la perforation, la franchissent et passent dans la cavité du péritoine. Chez notre malade, il a servi en calmant la toux, et c'est là un avantage précieux; car, c'est pendant les efforts de la toux que le passage du pus ou des débris de tubercules se fait du poumon vers la cavité pleurale. En effet, l'air qui se trouve emprisonné dans le poumon venant à être chassé impétueusement par les puissances musculaires qui président à l'acte respiratoire, s'échappe non-seulement du côté des bronches et de la trachée; mais, trouvant une autre issue qui n'offre que peu ou point de résistance, il s'y engage en entraînant le pus et les débris de tubercules.

Lorsque dans les cas de perforation intestinale on est assez heureux pour parvenir, à l'aide de ce moyen, à s'opposer à l'augmentation de l'épanchement, on peut alors espérer de voir guérir le malade; car si l'épanchement est peu considérable, il

peut être circonscrit et limité par de fausses membranes. Par ce moyen la péritonite peut rester locale; l'intestin peut être oblitéré en contractant des adhérences avec le péritoine, et l'épanchement peut se résorber graduellement.

Quand, à l'aide de l'opium à haute dose, on parvient à obtenir de pareils résultats, il faut bien se garder d'administrer des purgatifs, comme les Anglais ont l'habitude de faire dans presque toutes les maladies; car, chez quelques malades qui étaient déjà en voie de guérison, les mouvements intestinaux déterminés par l'agent cathartique ont détruit les adhérences qui étaient en train de se former; de nouveaux épanchements se sont effectués, et les malades ont succombé.

L'opium a été administré à la dose de deux grains dans le vingt-quatre heures.

## N° 70. — 12 juin.

### HOPITAL DE LA CHARITÉ.

M. Rayer.

*Observation de courbure de la colonne vertébrale, compliquée d'un abcès tuberculeux du ligament intervertébral des sixième et septième vertèbres dorsales, compression de la moelle épinière; paralysie des membres inférieurs.*

Une femme âgée de trente-trois ans, d'une constitution faible, couturière, entra au mois de juin à l'hôpital de la Charité, salle Sainte-Marthe, n° 39, service de M. Rayer, pour se faire traiter d'une maladie du cœur.

Cette femme, dès l'âge de onze à douze ans, commença à éprouver une légère déviation de la colonne vertébrale, qu'on attribua à ce que sa profession de couturière l'obligeait à rester continuellement assise et un peu courbée. Quoi qu'il en soit, la déviation fit des progrès lents et gradués.

A la suite de plusieurs attaques de rhumatisme articulaire, survenues il y a trois ans, elle commença à éprouver des palpitations, des étouffements. Six mois avant son entrée à l'hôpital, elle commença seulement à être affectée de paralysie des membres inférieurs.

*État actuel le 6 juin.* Région précordiale peu bombée; bruits assez forts et étendus; leur timbre n'est plus normal; ils sont remplacés par un bruit de frottement, de *cric-crac*, qui semble se passer peu profondément. Il y a de la dyspnée sans douleur.

Une courbure de la convexité droite, très-saillante, occupe une grande partie de la région dorsale. Une inflexion à convexité gauche secondaire se fait remarquer à la région dorso-lombaire. Cette dernière incurvation est beaucoup moins saillante que la première. Il n'y a aucune tumeur ni douleur dans toute l'étendue de la colonne vertébrale.

On observe une forte gibbosité du thorax en arrière du côté droit, et un aplatissement dans le côté gauche correspondant. Une disposition en sens opposé a lieu à la partie antérieure du thorax. Le côté droit de la poitrine est, en général, plus rétréci que le gauche.

Les membres inférieurs sont complétement privés de mouvement. La sensibilité se trouve en partie conservée.

Constipation et facile émission des urines sans rétention aucune.

La malade a peu d'appétit; parfois aussi elle accuse un peu de céphalalgie. Le pouls est petit et irrégulier, et la peau sèche. On observe un amaigrissement très-marqué et un peu d'infiltration séreuse des membres inférieurs, surtout des jambes.

Depuis le moment de l'entrée à l'hôpital, la détérioration de la constitution marcha un peu moins lentement. Le 15 juillet du dévoiement survint; un mouvement fébrile se déclara, la dyspnée augmenta, et l'amaigrissement se prononça encore d'une manière plus marquée. Enfin le 19 du même mois, la malade succomba avec tous les symptômes des derniers moments des personnes qui meurent d'une affection du cœur.

*Autopsie, pratiquée le 20 juillet.*

*Colonne vertébrale.* On constate tous les caractères des courbures pathologiques ordinaires, tels qu'affaissement du corps des vertèbres et des fibro-cartilages. Après avoir mis à découvert la moelle, on aperçoit au niveau des sixième et septième vertèbres dorsales, une masse tuberculeuse, grosse comme un œuf de pigeon, qui entoure les méninges et la moelle. Cette tumeur, inégale à l'extérieur, présente, lorsqu'elle est fendue, une teinte jaunâtre; son tissu, ramolli, est grumeleux. En cet endroit, c'est-à-dire dans un espace d'un demi-pouce, la moelle offre une dépression marquée. Incisée longitudinalement, elle présente une teinte d'un rose jaunâtre, et se trouve légèrement ramollie.

On scie verticalement la colonne vertébrale sur le côté droit, et on n'aperçoit aucune altération. Mais, scié sur le côté gauche, le rachis nous offre un léger écartement entre les sixième et septième vertèbres.

Aussitôt qu'on a incisé toutes les parties ligamenteuses qui unissent ces vertèbres, on voit une masse assez considérable d'une matière ramollie, grumeleuse. Le ligament intervertébral a entièrement disparu. La surface des deux vertèbres est rouge et rugueuse, comme granulée. Cette altération s'observe à une certaine distance dans leur profondeur.

D'après la disposition des parties, il nous paraît probable que le tissu du fibro-cartilage intervertébral s'était d'abord transformé en tubercule. Passé à l'état de ramollissement, il avait fusé entre les deux vertèbres jusqu'à la moelle. Cette substance tuberculeuse, en fuyant ainsi jusqu'au canal vertébral, avait déposé en outre une petite tumeur qui ajoutait à la compression de la moelle et déterminait ainsi la paralysie des extrémités inférieures. On ne peut pas, en effet, attribuer, dans ce cas, la paralysie à la courbure simple de la colonne vertébrale; car on sait maintenant que, dans les courbures de l'épine sans affection de l'os propre des vertèbres, il n'y a point ordinairement compression de la moelle, et par suite de paralysie.

*Cœur.* Épaississement des valvules aortiques ; dégénérescence cartilagineuse de la valvule mitrale ; hypertrophie avec dilatation du ventricule gauche.

*Poumons.* Quelques masses tuberculeuses à l'état de crudité, disséminées çà et là ; congestion sanguine avec diminution de consistance de la base des poumons.

*Intestins.* Congestion sanguine brunâtre de la muqueuse du gros intestin.

N° 71. — 14 JUIN.

## HOPITAL MILITAIRE DE BORDEAUX.

*Anévrysme faux et consécutif, guéri par la compression et les astringents;* par M. BERNET, D.-M., aide-major.

Le nommé Rocuet (Jean-Marie), soldat au 37e régiment d'infanterie de ligne, âgé de vingt-trois ans, natif de Quimper, en garnison à Saint-Servan, d'un tempérament sanguin, fut atteint de gastro-entérite très-intense, compliquée de fièvre intermittente quotidienne. Le chirurgien du corps délivra à ce malade un billet d'hôpital. Il fut admis à l'hospice de Saint-Servan, le 25 septembre 1837. Il y était depuis cinq jours, lorsque le médecin de l'hospice jugea à propos de prescrire une saignée du bras, qui fut pratiquée par une sœur de charité, sans doute bien novice comme phlébotomiste ; car, non contente d'ouvrir la veine, elle ouvrit en même temps l'artère brachiale. Le malade m'a raconté que cette sœur avait eu beaucoup de peine pour arrêter l'écoulement du sang. Ce ne fut qu'en comprimant fortement qu'elle parvint à le faire cesser. Quatre jours après la saignée (toujours d'après le rapport du malade), il y avait déjà une petite tumeur à côté de la veine, de la grosseur d'une petite aveline. Cette tumeur augmenta progressivement pendant quinze jours, époque à laquelle elle avait acquis le volume d'un œuf de poule, et resta stationnaire. Le malade séjourna dans cet hospice quatorze jours, temps nécessaire pour guérir la maladie qui avait nécessité son entrée, et en sortit, porteur d'un anévrysme au pli du bras droit, pour rejoindre son régiment qui était à Bordeaux depuis peu. Il partit de Saint-Servan le 15 septembre ; après onze jours de marche, il arriva à Saintes ; se sentant très-fatigué, il entra le 26 septembre, à l'hospice civil de cette ville, où il séjourna pendant seize jours. Le malade ne connaissant pas la gravité de la tumeur qu'il portait à son bras, pensa qu'il n'était pas nécessaire d'en parler au médecin de l'hospice. Il ne songea qu'à se remettre des fatigues de la route pour poursuivre son itinéraire et arriver à son régiment. Rendu à Bordeaux, il montra la tumeur du bras aux chirurgiens du corps, qui reconnurent de suite la nature de la maladie ; ils l'envoyèrent à l'hôpital militaire de Bordeaux, le 23 novembre 1837, cinquante-quatre jours après la saignée.

Nous vîmes le malade le 24, à la visite du matin ; il tait couché au n° 4 de la salle 8. Au premier aspect, on apercevait, dans le pli du bras droit, une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule ; une cicatrice plus étendue que ne le comporte une saignée ordinaire, correspondait à la partie externe de la tumeur ; en plaçant la main sur cette tumeur, on sentait, d'une manière très-distincte, un frémissement et des pulsations isochrones aux battements du pouls. En nous reportant aux signes commémoratifs, et surtout aux signes sensibles, il était très-facile d'établir le diagnostic ; c'était donc à un anévrysme faux consécutif que nous avions affaire. M. Tesnière, chirurgien en chef de l'hôpital, qui traitait alors le malade, prescrivit l'eau salée ; un bandage roulé, s'étendant depuis l'extrémité des doigts jusqu'à la réunion du tiers inférieur du bras avec le tiers moyen ; préalablement, quelques compresses graduées sur la tumeur. Je renouvelai ce bandage tous les jours pendant un mois environ ; néanmoins, la tumeur fit peu de progrès vers la guérison. Sur ces entrefaites, M. Tesnière partit pour Paris ; je fus chargé du service et j'eus recours toujours à la compression, mais d'une manière plus exacte qu'auparavant. Je mis des compresses graduées d'environ un pouce et demi d'épaisseur sur la tumeur ; ces compresses représentaient une pyramide, dont le sommet correspondait à la tumeur. Je les imbibai d'alcool camphré ; par-dessus ces compresses je mis un morceau de carton très-fort, de la grandeur de la paume de la main, et j'assujettis le tout à l'aide des compresses longuettes et d'un bandage roulé, qui s'étendait depuis les doigts jusqu'au-dessus de l'articulation huméro-cubitale ; parvenu sur les compresses graduées et sur le carton, je faisais des circulaires en décrivant un 8 de chiffre ; sans trop gêner la circulation dans le membre, je comprimai suffisamment, du moins je le pense, pour empêcher le sang artériel d'arriver dans le sac anévrysmal. Après avoir renouvelé vingt-cinq jours consécutifs cette compression, en tout cinquante-cinq jours, à l'aide du bandage roulé, des astringents et d'un régime sévère, le malade se trouva complétement guéri.

Après trente-cinq jours de traitement, la tumeur diminua à vue d'œil ; elle devint dure, rénittente ; à peine si on sentait le bruissement et les pulsations qui étaient très-sensibles lorsque le malade entra à l'hôpital : dès ce moment, les absorbants réagissaient avec force sur les caillots contenus dans le sac, et dans l'espace de vingt jours environ, la résorption fut complète.

Lorsque cet homme sortit de l'hôpital, il n'y avait plus de bruissement, plus de battements ; à peine si on sentait les traces d'un sac anévrysmal ; je vis cet homme quinze jours après sa sortie de l'hôpital ; il n'y avait plus aucune trace de la maladie qui avait existé ; je l'ai vu de nouveau le 3 avril, la résorption avait été si complète, que le pli du bras était tel qu'il était avant l'accident.

Cette observation est digne d'intérêt, parce que cette affection se présente malheureusement trop souvent à la suite des saignées malheureuses ou mal faites. Au lieu de précipiter une opération qui peut entraîner quelquefois la perte du membre, il est toujours prudent de tenter la compression, qui pourra réussir comme chez le soldat qui fait le sujet de cette observation.

## HOPITAUX ITALIENS.

*Cas remarquable d'hydropisie de la mamelle.*

Une personne, âgée de trente ans, mère de plusieurs enfants et nourrice, se plaignait depuis quelque temps d'un malaise dans la mamelle droite. Ses mamelles sont peu développées. Son malaise existe précisément dans la glande mammaire, et consiste en une espèce de poids comme si l'organe était pendant, puis une sorte de douleur légère s'y ajoute. La sécrétion du lait diminue de jour en jour. La mamelle est plus volumineuse que l'autre, mais on n'y trouve aucune trace de phlogose; elle offre l'élasticité naturelle, mais elle est un peu dure et rénittente. Aucune cause externe n'avait donné lieu à la maladie. La femme était bien portante d'ailleurs, et sa constitution assez bonne.

M. Marini lui prescrit l'usage d'un régime végétal; repos du corps et du bras; boissons diurétiques; fomentations émollientes. Le gonflement fait des progrès.

Un mois après, la mamelle a triplé de volume; la sécrétion du lait a cessé complétement; le mamelon a disparu. Le toucher fait sentir une fluctuation profonde. La chaleur de la partie est naturelle. On applique des cataplasmes de pain cuit dans du lait; leur usage fait amincir la peau.

Vers le troisième mois du début de la maladie, le développement de la mamelle devient énorme; pour en supporter le poids, la malade est obligée de faire usage d'une écharpe. La peau est amincie et luisante; la malade ne souffre pas autrement que par le poids.

Cet ensemble de phénomènes fait présumer à MM. Marini et Amici que la tumeur serait formée d'une extravasation de lait (abcès laiteux), par rupture de quelques canaux lactifères. Comme la peau menaçait de se rompre, il a fallu se hâter de ponctionner la tumeur avec une lancette à sa partie la plus déclive.

Cette ponction donne lieu à un jet violent de sérosité très-limpide, sans odeur, dont la quantité monte à neuf livres environ. La poche s'est affaissée sur-le-champ, et la partie a repris le volume de l'autre mamelle. On applique une mèche dans l'ouverture et on traite le mal comme une hydrocèle, d'après la méthode de la tente et la compression réunies.

Le lendemain, l'appareil est un peu sali, on renouvelle le pansement; issue d'une nouvelle quantité de sérosité par la piqûre. Le soir, nouveau pansement, nouvel écoulement. Pendant quatre jours les pansements donnent lieu à un écoulement pareil.

Le cinquième jour, réaction fébrile; traitement antiphlogistique.

Le vingt-quatrième jour, guérison parfaite. La guérison a été durable.

On connaît depuis longtemps les tumeurs hydropiques de la mamelle; ce sont toujours des espèces de kystes, soit simples, soit multilobulaires, soit hydatiques, qui se forment et marchent très-lentement, comme les kystes de même nature de toutes les autres régions du corps. Il en est autrement des abcès laiteux proprement dits; ces derniers se forment en assez peu de temps et ne se rencontrent que chez les nourrices.

D'après les conditions de la tumeur décrite par M. Marini, on avait tout lieu de croire à une tumeur laiteuse; il s'agissait pourtant d'une véritable hydropisie aiguë de la mamelle.

Nous ne connaissons pas d'exemple de tumeur pareille, et nous ne sachons même pas que cette variété de maladie de la mamelle ait été encore décrite.

N° 72. — 16 JUIN.

## HOPITAL DES VÉNÉRIENS.

### M. Ricord.

*Fistule de la région spongieuse de l'urèthre. Opération d'après la méthode de* M. Dieffenbach.

Le 22 mai, un homme qui portait depuis longtemps une fistule de la région spongieuse de l'urèthre a été opéré par M. Ricord, d'après la méthode proposée par M. Dieffenbach. Cette méthode consiste à circonscrire l'orifice externe de la fistule à l'aide d'une suture faite en *point devant* avec un fil de soie; suture que l'on serre modérément pour rapprocher convenablement le bord de l'orifice. L'aiguille ne doit être enfoncée que jusqu'au tissu cellulaire sous-cutané, sans intéresser les tissus plus profondément placés; et le point de suture ne doit comprendre que l'épaisseur de la peau. On doit faire ressortir la pointe de l'aiguille à une ligne de distance de l'endroit où on l'a enfoncée la première fois. Quand tous les points sont passés et que le cercle est complété, on noue ensemble les deux extrémités du fil et cette ligature se fait sur un cylindre de sparadrap.

Cependant, avant de commencer la suture, on introduit une sonde dans le canal de l'urèthre, qui sert de norme à l'opérateur, pour ne pas enfoncer trop profondement l'aiguille, et piquer le canal de l'urèthre.

Il serait presque inutile de dire qu'après l'opération on laisse la sonde à demeure, afin de favoriser à tout moment la sortie des urines et d'éviter, autant que possible, qu'elles ne se procurent une issue à travers la fistule et n'arrosent la partie opérée.

Pendant toute la journée, on a maintenu des compresses imbibées d'eau froide sur la région où la suture a été pratiquée: ensuite on a prescrit des pilules camphrées et la diète.

Le manuel de cette opération est d'une facilité extrême, et n'est pas d'une longue exécution. En outre, si nous devons en juger d'après la contenance du patient, l'opération ne donne pas lieu à de bien vives douleurs.

—Ces considérations doivent suffire certainement à elles seules pour engager un chirurgien à pratiquer l'opération proposée par M. Dieffenbach, que l'on doit plutôt regarder comme spéculative que comme définitivement acquise à la science, car elle n'est pas sanctionnée par un grand nombre de faits;

et, s'il nous en souvient bien, M. Dieffenbach lui-même ne l'a pratiquée qu'une fois ou deux. Comment espérer, en effet, d'obtenir l'oblitération du trajet fistuleux en pratiquant une suture à la circonférence de l'orifice externe, dans le but d'y déterminer une inflammation adhésive qui doit se propager de proche en proche de la peau au tissu cellulaire sous-cutané et aux tissus de l'urèthre, et qui aurait pour résultat l'oblitération de la fistule? Mais en admettant même que cette inflammation accompagnée d'exsudation plastique vînt à s'établir, non à la peau seulement, car nous ne saurions concevoir comment la présence du fil n'y donnerait pas lieu, mais encore aux tissus sub-jacents, ce ne serait pas encore là le point difficile à obtenir, qui consiste, sans contredit, dans la presque impossibilité d'empêcher l'urine d'arriver entre la sonde et l'urèthre jusqu'à l'orifice fistuleux interne, dont les conditions n'ont nullement changé, car la suture ne porte pas sur lui, pas plus que sur le trajet fistuleux, et que, par conséquent, l'un et l'autre restent perméables à l'urine comme avant l'opération.

Quoi qu'il en soit, l'inflammation était établie le lendemain de l'opération; la région opérée présentait du gonflement. L'urine sortait bien par la sonde, mais on s'aperçut que celle-ci était déplacée, et que son bec occupait la région prostatique de l'urèthre; il paraît qu'elle n'avait pas été bien fixée; mais le malade avoue en outre son indocilité pendant la nuit, et dit que ce déplacement s'effectue toutes les nuits. On se décide alors à introduire une sonde à courbure fixe; car on pense qu'elle restera mieux dans la vessie. On continue la diète, les applications d'eau froide, les boissons délayantes et les pilules camphrées.

Le surlendemain, le fil se rompt; malgré cela, M. Ricord ne désespère pas pour le résultat de l'opération; il existe de l'induration phlegmoneuse qui pourrait être favorable, si on parvenait à empêcher les urines de pénétrer dans la fistule. Mêmes prescriptions que les jours précédents.

Les jours suivants, on laisse la sonde à demeure dans la vessie continuellement ouverte. Mais, en dépit de cette précaution, une certaine quantité d'urine s'échappe par la fistule, et la suppuration devient peu à peu assez abondante.

Cependant, quelques jours plus tard, ces accidents changent de face; le gonflement phlegmoneux, qui était pâteux, devient de plus en plus consistant; la suppuration diminue de quantité et le pus devient plus louable. La quantité des urines qui s'échappent par la fistule, diminue aussi d'une manière marquée. Dans l'espoir de voir ces changements amener une issue heureuse, on redouble d'attention pour que la sonde n'éprouve pas de déplacement. On se garde de la remplacer par une autre d'un calibre supérieur, car elle déterminerait une distension qui entraverait et pourrait même entièrement détruire le travail de cicatrisation.

Ce retour vers le mieux persiste; l'inflammation phlegmoneuse devient de plus en plus consistante; la portion de peau qui a été coupée par le fil de la suture se recouvre de bourgeons charnus; les urines cessent de sortir par la fistule; la cicatrisation s'opère sans que l'on puisse apprécier sur le lieu même de la fistule, ou dans les alentours de la fluctuation, qui serait due à une accumulation de pus.

M. Ricord croit effectivement pouvoir annoncer à ses élèves que non-seulement l'oblitération de l'orifice cutané est opérée, mais que celle-ci est accompagnée de celle du trajet fistuleux et de l'orifice interne, et que l'on doit attribuer ce succès à la suture et non à l'inflammation phlegmoneuse. M. Ricord s'appuie sur ce que les caractères que le mal a offerts dans les jours qui ont précédé la guérison complète de la fistule, n'ont rien de commun avec ceux observés par lui à la suite des deux autres opérations pratiquées chez le même malade par d'autres méthodes, et qui avaient donné pour résultat une guérison momentanée et apparente, qui n'avait pas été précédée des phénomènes qui ont précédé celle-ci.

Nous devons le dire cependant, cinq jours après l'oblitération entière de la fistule, de l'inflammation s'est manifestée, deux jours après, un abcès s'étant formé a été ouvert, et la fistule était établie de nouveau.

M. Ricord croit néanmoins que l'oblitération de tout le trajet fistuleux était réellement effectuée, mais que la sonde s'étant déplacée, le malade a voulu lui-même l'introduire de nouveau comme d'habitude, et que dans les manœuvres qu'il a effectuées il a pu déchirer des points non entièrement cicatrisés, quoique rien ne l'indiquât, car la sonde était bien mise.

Aujourd'hui (12 juin) l'inflammation est éteinte, et la fistule est presque entièrement sèche.

---

## HOPITAUX DE LONDRES (Guy's hospital).

### *Tumeur hydropique de la mamelle.*

Marie Lowe, âgée de 56 ans, délicate, cheveux et yeux noirs, tempérament mélancolique, mère d'un enfant, a cessé d'être réglée depuis dix à onze ans.

Il y a vingt-deux ans, en sévrant son enfant, elle eut un abcès à la mamelle qui s'ouvrit spontanément au côté interne du sein; il se cicatrisa promptement, et ne laissa pas de dureté consécutive. Depuis dix ans elle s'est aperçue, pour la première fois, d'une petite tumeur fort dure, proéminente, mobile et indolente. Cette tumeur a augmenté lentement, et il y a cinq mois, elle avait à peine le volume d'un œuf; la malade n'en souffrait que fort peu. A cette époque, la femme s'est livrée à des travaux fort rudes, comme blanchisseuse, et la tumeur a augmenté rapidement de volume. Une autre tumeur pareille commence à se former sur le côté externe et derrière la précédente, qui repousse celle-ci vers le téton. La santé de la femme est délicate depuis trois ans; depuis quelque temps elle éprouve de la difficulté à exprimer ses idées, et son jugement est devenu bizarre.

A l'examen, M. B. Cooper trouve une tumeur sur le sein gauche, à surface irrégulière et lobuleuse, du volume d'une grosse orange, dure sur plusieurs points, molle et fluctuante sur d'autres, et ayant toutes les apparences d'un kyste. Le mamelon n'est point rétracté; la peau qui couvre la tumeur est

mobile, pas de douleurs lancinantes; pas de glandes dans l'aisselle. On lui prescrit :

| | | |
|---|---|---|
| *Pr.* Iode, | 1/2 | grain. |
| Hydriodate de potasse, | 1/2 | gros. |
| Sirop de pavot, | 1/2 | once. |
| Infusion de gentiane, | 8 | onces. |
| Cap., | 1 | once. |

à prendre deux fois par jour.

Cette prescription a été suivie pendant quinze jours; la santé de la malade s'est améliorée, mais la tumeur a continué à augmenter de volume. L'opération a été jugée indispensable.

Deux incisions semi-lunaires ayant cerné la tumeur, la dissection en a été faite sans difficulté. C'était un kyste qu'on a ouvert à sa partie supérieure, et qui a donné issue à une quantité de fluide jaune-verdâtre. Le kyste a été extirpé complétement. Plusieurs vaisseaux volumineux se rendaient à la tumeur; ils ont été liés. La plaie a été réunie par première intention. Le kyste a présenté dans son intérieur une quantité énorme d'excroissances vasculaires sous forme de grappes. Le centre de la tumeur est dur et infiltré de matière médullaire.

Deux heures après l'opération, une hémorrhagie abondante a lieu par la plaie; on ôte l'appareil, et on lie quatre petits vaisseaux. La réaction a été légère; la plaie s'est promptement cicatrisée, et la femme a guéri radicalement. On lui a fait subir un traitement fortifiant après la cure.

— Ce fait est fort remarquable, principalement à cause des conditions particulières du kyste hydropique. On dirait qu'à son origine, la maladie n'était qu'une sorte de fongus enkysté, qui s'est compliqué ensuite de collection séreuse. Une circonstance importante à saisir pour le diagnostic des tumeurs hydatiques ou hydropiques de la mamelle, c'est que leur surface est inégale et comme tubéreuse. Quel rapport y a-t-il entre l'abcès que la femme avait éprouvé vingt-deux ans auparavant, et la tumeur dont il est question?

---

N° 73. — 19 JUIN.

---

## HOPITAUX ITALIENS.

*Céphalalgie intense et opiniâtre. Mort. Nécropsie. Fongus des couches optiques.*

Une jeune personne, âgée de 17 ans, éprouve, sans cause appréciable, une céphalalgie très-violente qui se prolonge indéfiniment. On lui applique des sangsues au front et un vésicatoire à la nuque, qui la soulagent sans enlever complétement le mal.

Quelques mois après, la souffrance s'exaspère considérablement. La malade rapporte ses douleurs principalement à la tempe droite; chaque matin elle éprouve une exaspération si vive, qu'elle se roule pendant une ou deux heures dans son lit; pendant le reste de la journée, la douleur est supportable.

Plus tard, des vertiges se joignent aux symptômes précédents; puis des syncopes, des effrois imaginaires, une grande exaltation nerveuse, dureté d'oreille, vision confuse. La malade devient myope, voit les objets plus volumineux qu'ils ne sont; quelquefois elle est complétement aveugle. Pouls vif; peau chaude; douleur aiguë à l'estomac; nausées; vomissements. Ensuite, douleurs très-aiguës au cou, à la poitrine, à plusieurs articulations et à la colonne vertébrale. On a recours aux vésicatoires, aux fomentations froides à la tête, au mercure par petites doses, et à d'autres moyens sans succès.

Vers le huitième mois de la maladie, des convulsions générales violentes se déclarent, avec strabisme, cris perçants et stupidité pendant une nuit.

Le lendemain, les muscles n'obéissent plus à la volonté, la vision est éteinte complétement; pupilles fort dilatées, peu sensibles à la lumière; surdité très-prononcée. La perte de l'ouïe et de la vue a lieu d'abord à gauche. La céphalalgie continue à être intense. Ventre très-constipé. Les vomissements et le mal d'estomac continuent. Pouls fréquent; respiration accélérée; peau chaude et sèche. Le sommeil cependant est tranquille.

Peu de jours après, les convulsions reparaissent et se répètent. Facultés intellectuelles peu altérées; cécité complète; visage œdémateux, tantôt pâle, tantôt rouge par plaques; prurit insupportable à la peau; langue nette; appétit très-vorace après les vomissements; aménorrhée.

La malade est restée dans cet état pendant deux ans; au bout de ce temps ses facultés intellectuelles commencent à s'altérer; déclin progressif des forces; amaigrissement extrême; mort.

*Autopsie.* Péricrâne légèrement œdémateux; os crâniens extrêmement minces. A la face interne des os pariétaux, on voit des protubérances osseuses en forme d'épines. Membranes du cerveau saines. Substance cérébrale plus molle qu'à l'état normal. Ventricules cérébraux contenant huit onces de fluide; membrane de ces cavités de couleur jaune. Les couches des nerfs optiques sont hypertrophiées, à surface irrégulière, et converties en tissu fongueux. Coupé en long, chacun de ces corps présente l'aspect d'un gros grumeau de sang. Les corps striés sont sains. Les nerfs optiques sont de couleur plus obscure que dans l'état de nature, mais leur tissu n'est point altéré; les autres nerfs cérébraux sont sains, de même que la moelle épinière. Plusieurs os de la base du crâne sont fort minces, et les protubérances naturelles de cette région sont plus prononcées qu'à l'état naturel. Les viscères du thorax et du ventre étaient sains.

On était loin de s'attendre à ces lésions d'après les symptômes précédents. Rien n'est plus obscur, en vérité, que le diagnostic exact de la céphalalgie chronique; une foule de causes diverses effectivement peuvent la produire, et il est le plus souvent impossible de dire d'avance quelle en est la véritable nature.

Morgagni a consacré la première épître de son immortel ouvrage à l'étude de la douleur de tête; il a bien senti que ce sujet ne pouvait pas être épuisé dans un seul chapitre, sans traiter de la plupart des maladies.

« Ne vous attendez pas, dit-il, à trouver dans cette lettre toutes les causes de cette affection, qui se sont

offertes sur le cadavre, à Valsalva ou à moi; la plupart d'entre elles trouveront leur place dans les suivantes : les unes dans un endroit, les autres dans un autre. En effet, cette douleur se joint à la plupart des maladies du reste du corps et de la tête elle-même. Il y a plus, c'est qu'elle seule ne produit presque jamais la mort. »

N° 74. — 21 JUIN.

## HOPITAUX ITALIENS.

*Aiguille enfoncée dans le pharynx ; extraction*, par M. Rossi. Réflexions de Morgagni sur l'application de l'aimant.

Un enfant âgé de onze mois, a mis dans sa bouche quelques aiguilles qu'il a trouvées dans une boîte. La mère s'en est aperçue aux cris de l'enfant. On lui arrache toutes celles qu'on a trouvées dans les mains et dans la bouche; mais il en est resté une ou deux dans l'arrière-bouche, qu'on n'a pu extraire : les manœuvres qu'on a exercées sur elle n'ont fait que les enfoncer davantage.

M. Rossi est appelé ; il examine l'arrière-bouche et trouve une aiguille fichée dans l'œsophage. L'enfant avait la face livide, des envies violentes de vomir, anxiété extrême; il jetait de temps en temps de l'écume sanguine par la bouche, et paraissait prêt à suffoquer. M. Rossi introduit le doigt derrière les dents molaires de l'enfant et touche l'aiguille avec l'ongle dans le pharynx; elle y est fixée si fortement qu'il ne peut l'en extraire avec le doigt. Il s'est alors servi d'une petite pince à polype courbe, afin de se bien adapter sur la base de la langue ; il l'a glissée sur son doigt et l'a appliquée sur l'aiguille; mais l'extraction en a été impossible, attendu le peu de prise que l'aiguille présentait à l'instrument.

M. Rossi ayant observé que l'aiguille était fichée horizontalement, a pensé la pousser d'un côté afin de la faire saillir davantage de l'autre; ne pouvant pas cependant distinguer de quel côté était la pointe, il l'a poussée au hasard de gauche à droite; les pinces ont alors trouvé prise suffisante et l'extraction en a été facile.

L'enfant a été calme aussitôt après, et a demandé à boire, mais il a éprouvé à la suite un gonflement assez considérable aux côtés du cou et aux angles de la mâchoire ; ce gonflement s'est dissipé sous l'influence de quelques fomentations résolutives. Guérison. L'aiguille avait 49 millimètres de longueur.

— Deux circonstances rendent ce fait digne de considération : la situation de l'aiguille dans une région profonde et éminemment dangereuse, l'âge très-tendre du sujet. A cet âge, on avait non-seulement à craindre des convulsions par suite de l'accident, mais encore l'asphyxie par le gonflement considérable que l'aiguille aurait pu déterminer dans l'arrière-bouche. On conçoit que si ce dernier état se fût présenté, la trachéotomie aurait pu devenir indispensable. L'extraction du corps étranger offrait ici des difficultés sérieuses, non-seulement à cause de sa situation profonde, mais encore et surtout par l'indocilité naturelle à l'âge du sujet. L'idée que M. Rossi a eue de pousser l'aiguille d'un côté pour la rendre saillante de l'autre, a été des plus heureuses.

J'ai eu moi-même, il y a deux ans, à traiter un accident analogue. On est venu un dimanche soir m'appeler en toute hâte pour la femme d'un menuisier de la rue Saint-Honoré, près de l'Assomption. En se mettant à dîner, elle jette un cri violent à la première bouchée de pain qu'elle venait de prendre, disant qu'elle est piquée dans le fond de la bouche; bientôt après, efforts pour vomir, évanouissements, crachements de sang, suffocation. Plusieurs personnes qui dînaient chez elle lui ouvrent la bouche et découvrent une aiguille enfoncée profondément dans le voile du palais; elles font des manœuvres pour l'extraire, mais sans succès. A mon arrivée je trouve la femme très-pâle, assise sur une chaise, dans une sorte d'anxiété extrême, offrant des mouvements convulsifs, etc.

A l'examen, je trouve une aiguille enfoncée de bas en haut dans la partie postérieure du voile du palais, traversant la fosse nasale et étant engagée dans les os de la mâchoire supérieure; on ne voyait à nu qu'une demi-ligne du gros bout ou du chas de l'aiguille. L'action des doigts seuls était impossible à cause de la profondeur. Plusieurs essais avec des pinces à pansement ont été infructueux, leur approche déterminant des efforts subits de vomissement. J'ai alors fixé la bouche ouverte à l'aide d'un bouchon, comme pour l'excision des amygdales; j'ai porté les mêmes pinces ouvertes, et j'ai poussé avec elles les parties molles environnantes de l'aiguille; celle-ci est devenue plus saillante et a pu être saisie par l'instrument. L'extraction a nécessité une certaine force, et a été accompagnée d'une sorte de craquement, ce qui m'a fait penser que l'aiguille avait pénétré dans les os de la région. C'était une petite aiguille très-fine, comme celles dont se servent nos dames pour coudre des étoffes légères.

Le fait de Fabrice de Hilden, relatif à l'emploi de l'aimant dans l'extraction d'une particule de fer de la cornée, a été révoqué en doute par plusieurs auteurs, et j'ai moi-même partagé ces doutes. J'y ai pensé pourtant dans le cas précédent, et j'aurais volontiers appliqué un aimant sur l'aiguille si j'en avais eu un à ma disposition. J'ai trové depuis, dans une lettre de Morgagni, quelque chose à ce sujet, qui me fait revenir un peu de mon incrédulité sur le fait de Hilden. Voici comment Morgagni s'exprime à ce sujet :

« On a conduit vers moi, dit-il, un meûnier, pour savoir quelle lésion commençait à se former sur la cornée, à la suite d'une violente ophthalmie : je remarquai au milieu de cette membrane une petite tache d'une forme circulaire, blanche à sa circonférence et noirâtre à son centre.

» Après que je lui eus demandé ce qui avait donné lieu à cette inflammation, et qu'il m'eût dit qu'elle existait depuis que quelque chose avait sauté à l'œil pendant qu'il frappait une meule avec un marteau, quoiqu'il eût le soin de l'en retirer aussitôt, je soupçonnai, ce qui était vrai, que quelque petit fragment de la pierre, ou plutôt du fer, était resté attaché à la cornée, à l'endroit où était la tache, et que de là était née l'inflammation qui le tourmentait.

J'approchai très-près de l'œil, une ou deux fois, un aimant d'une force médiocre, et je m'aperçus aussitôt que cette partie noirâtre s'élevait un peu au-dessus de la tache, parce qu'en fermant l'œil, la paupière supérieure commençait à sentir quelque chose à cet endroit. Mais, soit que la forme du fragment de fer fût telle que sa partie la plus profonde se trouvât un peu plus large, soit plutôt que les fibres de la cornée, abreuvées d'humeurs et tuméfiées, retinssent, en l'embrassant ensuite plus étroitement, cette petite portion adhérente qu'elles auraient lâchée dès le commencement, je ne pus pas l'extraire ce jour-là; et je jugeai même plus à propos de cesser mes tentatives, du moment que l'homme me dit que toute les fois que j'approchais l'aimant de son œil, il sentait cet organe comme entraîné vers ce corps, avec une augmentation de la douleur.

» Ayant donc prescrit ce qui avait été négligé jusque-là, des purgatifs et la saignée, et ayant fait appliquer sur l'œil des topiques qui, en calmant la douleur, relâchaient doucement les fibres; peu de temps après sa chute, tout se dissipa très-facilement : s'il n'était pas tombé de lui-même, j'avais l'intention de tenter de nouveau l'expérience de l'aimant, en assujettissant l'œil avec un instrument convenable, pour qu'il ne fût pas entraîné douloureusement avec le fragment.

» Vous voyez, d'après la force de l'attraction qu'on appelle magnétique, et qui est inutile en apparence pour certains médecins qui, s'ils vous voient considérer avec quelque attention les phénomènes de la nature, vous demandent aussitôt avec malignité quel profit vous pouvez en retirer pour l'exercice de la médecine; vous voyez, dis-je, quelle utilité il peut en résulter quelquefois pour reconnaître la cause de la maladie, et même pour la détruire. En effet, il n'est point douteux que les fragments de cette espèce ne puissent être facilement enlevés au moyen de l'aimant, soit dans le commencement, lorsque les fibres ne sont pas encore resserrées, soit dans la suite, lorsqu'elles se relâchent. Il est possible du moins de les remuer et de les porter en avant, de manière que s'ils ne tombent pas d'eux-mêmes, on puisse les saisir avec des pincettes : et je ne dis pas ceci seulement pour l'œil, mais pour toutes les parties auxquelles des fragmens semblables se seraient attachés, surtout lorsqu'on ne les voit qu'à peine, ou lorsque la douleur est forte, de manière qu'on ne pourrait pas les saisir quand même on le voudrait, ou que les malades s'y refusent, surtout lorsque ce sont des enfants. Mais, comme je savais que les anciens mêlaient souvent de l'aimant réduit en poudre avec les emplâtres qu'ils appliquaient sur la partie pour produire une attraction, et qu'ainsi pulvérisé et mélangé avec de petites parties hétérogènes, il ne pouvait pas exercer sa force, je m'occupai à chercher après cela s'il n'était pas venu auparavant à l'idée de quelqu'un (ce qui ne paraissait pas croyable) de se servir du moyen que j'employai, et qui est si naturel. Comme je commençai par les auteurs les plus modernes, après avoir vu qu'un très-grand nombre gardaient le silence à ce sujet, je trouvai enfin dans Kerckring (*Spicileg. anat.*, *obs.* 44), qu'une aiguille attachée à la gorge depuis neuf ans en fut extraite avec un morceau d'aimant. Quoiqu'il ne nomme aucun écrivain parmi les anciens, qui ait présenté des faits analogues, je continuai néanmoins mes recherches, jusqu'à ce qu'averti par la table de Fabrice de Hilden, je lus (*Cent.* 4, *obs. chir.* 17) une de ses observations, dans laquelle il dit par quels moyens un fragment de fer attaché à la conjonctive fut enlevé. Je trouvai un cas que je vous engage à lire, et qui, sous la plupart des rapports, ressemble au mien autant qu'un œuf ressemble à un œuf; mais il n'y est nullement question de l'aimant. Enfin, le hasard m'offrit ce que cette table très-longue ne m'avait pas fourni, car en cherchant autre chose, je tombai sur une autre observation de cet auteur (Cent. 5, obs. 21), relative à un fragment de fer attaché à la cornée et à la guérison ingénieuse de cette membrane. Cette guérison fut très heureusement opérée par le moyen de l'aimant, quand tous les autres remèdes avaient été inutiles. Au reste, de même que Kerckring n'a pas eu honte d'avouer qu'il avait appris d'un charlatan ce qui n'était pas venu à l'esprit de tant de chirurgiens; de même Fabrice de Hilden ne cache pas qu'il l'apprit de sa femme; car il faut avoir égard à la chose, et non pas à l'auteur. Ce dernier ajoute de lui-même une circonstance, savoir, qu'il faut bien prendre garde auparavant que l'aimant ne soit pas présenté à l'œil par la face qui repousse le fer. Bien que je sache que d'autres observateurs accordent cette force à l'une des faces de l'aimant sur un autre aimant, et non pas sur le fer, et que je croie que Fabrice de Hilden et Matthiole (*Comment. in L. S. Dioscor.*, c. 105), qui affirment que leur aimant produisait cet effet, étaient tombés sur un fer qui jouissait d'une propriété magnétique, cependant je ne m'oppose pas à ce que vous fassiez l'épreuve auparavant, car rien ne l'empêche, et la chose est très-facile. Je vous engage à employer un aimant d'une force médiocre, et à l'approcher prudemment d'une manière graduelle et insensible, comme vous comprenez qu'on peut le faire, de crainte que le fer adhérent n'augmente, par une traction intempestive, les douleurs de la partie, etc. »

R.....

---

N° 75. — 23 JUIN.

---

## HOTEL-DIEU.

### M. CHOMEL.

*Angine tonsillaire traitée par le tartre stibié.*

Le 11 novembre 1837, est entré, salle Saint-Bernard, n° 75, un jeune homme âgé de dix-sept ans, cordonnier, de constitution faible, tempérament lymphatique, ayant eu des engorgements glandulaires pendant l'enfance, et des abcès à la cuisse à onze ans; teint blanc, transparent; système veineux sous-cutané peu développé; habituellement faible et ne jouissant pas d'une bonne santé; d'un caractère calme et tranquille.

Ce malade a eu la rougeole et la miliaire; il est sujet aux maux d'estomac et aux angines. Il a eu cette dernière affection un si grand nombre de fois, qu'il ne se le rappelle même pas. Les sangsues ont toujours eu peu d'influence sur leur marche, qui a souvent cédé à l'usage de la tisane de houblon.

Il dit être malade depuis huit jours ; le mal a débuté par une faiblesse générale qui l'a obligé de se coucher ; il n'a pas eu de frisson, et ne croit pas avoir eu de fièvre. Il a éprouvé des étourdissements ; l'appétit est allé en diminuant, et n'a cessé entièrement que vers le huitième jour. Alors la bouche est devenue fade et la voix gutturale ; insomnie.

*État du malade lors de son entrée à la clinique.* — Faiblesse générale ; étourdissements ; pas de fièvre ; mal de gorge ; rougeur et tuméfaction des amygdales, s'étendant aux piliers et au voile du palais ; bouche fade, langue blanche, humide ; anorexie, soif vive ; insomnie ; ventre bien conformé, indolent ; selles ordinaires ; voix gutturale.

*Diagnostic.* Angine tonsillaire.

*Prescription.* 2 grains d'émétique dans un pot de bouillon aux herbes, avec addition d'une demi-once de sulfate de soude ; orge miellée, deux pots ; diète.

13 novembre. L'émétique n'a déterminé que des nausées, pas de vomissements. Une heure après, des évacuations alvines ont commencé à avoir lieu. Le malade a été six fois à la selle sans coliques ; les matières étaient très-fluides. Du reste, il est à peu près dans le même état. Orge miellée ; deux bouillons ; trois tasses de lait.

Du 14 au 17, on remarque une amélioration légère. On augmente faiblement la dose des aliments.

18. Récrudescence inflammatoire ; fièvre. Application de douze sangsues au cou, six de chaque côté ; gargarisme adoucissant ; orge miellée ; quatre tasses de lait.

19. Diminution légère du mal de gorge ; pas de fièvre. Orge miellée ; gargarisme adoucissant ; deux bouillons et un potage.

20. La gorge lui fait encore moins mal qu'hier ; la bouche est moins mauvaise ; l'appétit commence ; soif ordinaire ; constipation depuis quatre jours. Il a un peu dormi cette nuit. Orge miellée ; gargarisme adoucissant ; lavement simple ; deux bouillons, trois soupes, pruneaux.

21 et 22. L'amélioration est très-marquée ; la gorge ne lui fait plus de mal que lorsqu'il ouvre fortement la bouche ; la déglutition se fait sans douleur : hier, elle était encore un peu douloureuse. L'appétit est très-développé ; le sommeil est revenu ; il ne fait plus de rêves. Il a été une fois à la garde-robe. Orge miellée ; gargarisme adoucissant ; le quart d'aliments.

23. Le mieux se soutient et la convalescence commence.

---

N° 76. — 26 JUIN.

---

## HOPITAL SAINT-LOUIS.

### M. Biett.

*Tubercules et ulcères syphilitiques cutanés. Insuccès de plusieurs traitements mercuriels. Guérison par le proto-iodure de mercure. Réflexions sur les préparations d'argent.*

Un douanier, âgé de trente et un ans, ancien marin, contracta, en 1829, au moment de s'embarquer, un chancre grave, à bords durs. Pendant le cours d'une longue navigation, il se contenta de faire des lotions avec une dissolution de sulfate de cuivre, et le chancre se cicatrisa.

De retour en Europe, il contracta, en 1831, sur les côtes d'Espagne, une uréthrite intense qu'il traita par les antiphlogistiques seuls. L'uréthrite guérit ; mais, en 1835, il vit paraître sur les bras de larges tubercules qui passèrent bientôt à l'état d'ulcération : les traces en sont aujourd'hui très-nombreuses. Ces nouveaux symptômes furent traités par les pilules de Dupuytren, composées, comme chacun sait, de sublimé corrosif, d'extrait de gayac et d'opium. Malgré tout le respect que j'ai pour Dupuytren, dont j'ai souvent suivi les leçons, c'est une préparation détestable. Ces pilules deviennent très-dures ; elles ne sont presque jamais disjointes dans l'estomac, et les malades les rendent telles quelles. Il y a des individus qui en ont pris jusqu'à huit cents sans succès. L'opium, associé à cette préparation, diminue non-seulement les effets du sublimé, mais les arrête. C'est ce que j'ai remarqué souvent.

Notre malade a donc pris les pilules de Dupuytren. Soit l'effet du repos ou du remède, car ces pilules n'échouent pas toujours, et un esprit aussi lumineux que Dupuytren les aurait sans cela abandonnées, il y eut une modification favorable, mais sans durée. La maladie se remontra aux membres inférieurs ; il entra alors à l'hôpital de Rouen, dans le service de M. Flanbert. Ce malade fut soumis au sublimé en dissolution pendant soixante jours, à doses assez élevées. Les tubercules ulcérés n'éprouvèrent pas de changement. Alors on passa aux fumigations cinabrées, dans l'appareil dit de Darcet. Ces fumigations furent employées avec avantage. Le malade fut forcé de sortir de cet hôpital avant la cicatrisation complète des ulcères ; bientôt nouvelle apparition avec intensité de la maladie.

Il y a deux mois et demi, à son entrée dans nos salles, on observait sur la peau des membres des ulcérations larges, profondes, avec dureté des bords, d'une couleur rouge violacé ; en un mot, tous les symptômes syphilitiques, joints aux détails circonstanciés du malade, ne pouvaient nous laisser aucun doute sur le diagnostic. Nous avons eu recours aux sels d'argent.

Nous avons été conduits à faire des expériences sur ces sels, parce que, depuis quelque temps, on en a parlé comme d'excellents antisyphilitiques ; ainsi M. Serres, de Montpellier, a publié un mémoire dans lequel se trouvent vingt-six observations de syphilis guérie par les sels d'argent.

Ce médecin donne ces préparations comme nouvelles. C'est une erreur ; car on les trouve dans Angelus Sala, médecin du seizième siècle, sous le nom de cristaux de lune, et dans plusieurs autres ouvrages. Mais ce remède avait été abandonné ; on en avait borné l'emploi à quelques cas d'hydropisie. Quoi qu'il en soit, les préparations d'argent ont été employées de nouveau en Angleterre. Ainsi, dans le quatrième volume de la collection des médecins du collége de Londres, il y a un mémoire dans lequel on propose ces préparations dans la chorée, l'épilepsie, etc.

Ces essais furent répétés en Allemagne, en Suisse.

Ici même, en 1816, nous avons employés ces préparations contre l'épilepsie. Les préparations d'argent ne sont donc pas chose nouvelle.

M. Serres a employé l'argent pulvérisé, l'oxyde, l'iodure, le chlorure d'argent et d'ammoniaque. Il a fait ses expériences par analogie avec les préparations d'or. Il a pensé qu'on pourrait obtenir de l'argent ce que l'or avait produit.

Nous ne disons pas ceci par esprit de critique; mais nous portons un jugement sur un agent thérapeutique. Or, les observations de M. Serres sont insuffisantes. Sur vingt-six cas, il y en a vingt-quatre de symptômes primitifs. Or, chacun sait que ces symptômes se dissipent par les moyens les plus simples et comme spontanément. C'est là un fait bien constaté.

Si donc des symptômes primitifs se dissipent par les seuls effets de l'hygiène, il n'est pas logique de regarder ces cas de guérison comme un effet de l'emploi des préparations d'argent. Dans ce mémoire, M. Serres parle de deux faits dans lesquels il y avait des plaques cuivrées. Découragé de voir que l'argent ne réussissait pas, il employa le sublimé, et la maladie se modifia; dans un autre cas il en est de même. Il est évident que pour arriver à des conclusions plus sévères, plus exactes, il faut expérimenter sur des affections constitutionnelles graves, que la nature ne guérit pas par elle-même; il est évident que, dans ces cas, si les sels d'argent guérissaient, leur effet curatif serait certain.

Chez notre malade, nous avons essayé le cyanure d'argent, qui n'a pas été expérimenté par M. Serres. Nous l'avons donné d'abord à dose très-minime (un douzième de gros), parce que les effets des préparations d'argent ne sont pas très-connus. Les ulcérations ont pris l'aspect le plus fâcheux, les bords se sont renversés, les chairs sont devenues molles. Cependant nous étions arrivé à la dose de trente grains en deux mois. Nous avons abandonné ce medicament, et nous avons considéré ce fait comme offrant un exemple de l'insuccès complet des préparations d'argent.

Avant de recourir à d'autres moyens, nous avons ordonné le repos pendant quelques jours; nous avons prescrit l'opium à l'intérieur pour ramener les voies digestives à un état convenable. C'est alors que nous avons employé le proto-iodure de mercure. Au bout de six jours l'aspect général était changé; des bourgeons charnus se sont développés; les bords se sont rapprochés; les chairs sont devenues plus fermes. Nous n'avons eu qu'à continuer, et la cicatrisation a été complète. Aujourd'hui elle est solide, inégale, il est vrai; mais ces inégalités disparaîtront complétement avec le temps. La cicatrice a offert cela de particulier, qu'elle a commencé par le centre de l'ulcération.

Nous tirerons de cette observation plusieurs conséquences :

1° Nous voyons des symptômes primitifs traités et guéris sans mercure.

2° Plus tard, apparition de symptômes secondaires dans lesquels les préparations mercurielles ont déterminé une modification, mais peu durable.

3° Les préparations d'argent ont aggravé la maladie.

4° Enfin une préparation mercurielle avec laquelle nous avons ici obtenu de nombreuses guérisons, a aussi guéri ce malade.

Une autre circonstance que j'ai oublié de mentionner, c'est qu'il se maria après avoir contracté son uréthrite, et qu'il ne communiqua pas de mal vénérien à sa femme, quoiqu'il portât cependant en lui-même le principe d'une syphilis constitutionnelle. X...

---

N° 77. — 28 JUIN.

---

## HOPITAL DES VÉNÉRIENS.

M. RICORD.

### *De la syphilis constitutionnelle et de son traitement.*

Les accidents secondaires de la vérole ont reçu différentes dénominations; baptisés par Fracastor sous le nom de syphilis proprement dite, ils le furent sous celui de vérole confirmée par Jean de Vigo, et de vérole constitutionnelle par Hunter. Fernel est le premier qui ait distingué les accidents secondaires de la vérole, des accidents primitifs.

En voulant procéder à l'étude de la vérole sous le point de vue des accidents généraux, il est nécessaire de remonter à la cause de ceux-ci; et l'on trouve alors que le chancre est la seule cause qui leur donne constamment lieu. Le chancre, en effet, sous quelque forme qu'il se présente, peut déterminer l'infection générale. Je dis peut, car pour que cela se fasse, il faut des conditions indispensables; or, s'il est bien prouvé que tous les individus sont aptes à contracter le chancre, tous ne le sont pas à être atteints des accidents secondaires par voie d'infection.

Le chancre détermine d'autant plus facilement les accidents secondaires, qu'il est accompagné d'induration; non que l'induration soit elle-même la cause qui prédispose à l'infection générale, mais parce qu'elle indique que celle-ci existe déjà : ce n'est donc que le premier effet, et non la première cause de la syphilis constitutionnelle.

Faut-il toujours un chancre pour que la syphilis constitutionnelle ait lieu; ou bien celle-ci peut-elle se manifester d'emblée comme l'a dit Fabre, et comme on le pensait au quinzième siècle? Oui, le chancre est indispensable, et la syphilis constitutionnelle ne peut avoir lieu d'emblée et être primitive chez l'adulte. Il n'en est pas de même chez le fœtus, auquel elle peut être transmise par la mère déjà infectée; car, pendant la vie intra-utérine, le fœtus fait pour ainsi dire partie de la mère.

Mais un individu se présente maintenant, offrant les caractères d'une syphilis constitutionnelle, sans offrir la moindre trace d'accidents primitifs; faut-il croire, pour cela, que ceux-ci n'ont pas existé? Non, tout en ne révoquant pas en doute la bonne foi des auteurs qui ont rapporté dans leurs ouvrages des observations qui semblent prouver que l'infection générale peut avoir lieu sans accidents primitifs, on peut soutenir qu'elles ont été accueillies avec trop de bonhomie ou avec peu d'exactitude.

Nous ajouterons qu'il est des cas où il est aisé de se méprendre, surtout chez les femmes, qui peuvent être atteintes de chancre indolent siégeant au col de la matrice, sans qu'il soit manifesté par la moindre douleur et sans être accompagné du moindre écoulement. Le chancre peut alors parcourir toutes ses phases, donner lieu à l'empoisonnement général, puis guérir à l'insu de la femme. Mais bien plus : sur l'homme, chez lequel l'inspection des organes est si aisée, des faits pareils ne s'observent-ils pas? Ne voyons-nous pas tous les jours arriver à l'hôpital des individus atteints d'accidents secondaires, et qui affirment de bonne foi n'avoir jamais eu de mal? Eh bien, à l'inspection des organes génitaux, nous trouvons un chancre, quelquefois énorme, recouvert par le prépuce et ne déterminant aucune douleur. Toutes les histoires donc, d'accidents secondaires, non précédés d'accidents primitifs, que l'on rencontre dans les livres, doivent être regardées comme inexactes.

On s'est demandé si les accidents secondaires de la vérole pouvaient se transmettre. Oui, toutes les fois qu'ils ont succédé à un chancre. Ainsi, le tubercule muqueux et la pustule plate humide, qui n'est qu'un véritable chancre avec physionomie muqueuse, acquise soit par son siége, soit par le traitement qu'on lui fait subir, peuvent produire l'infection. Les maladies qui offrent des accidents secondaires transmissibles ne seprésentent que trois semaines après le coït au moins, et souvent après cinq ou six semaines ; et vous savez que c'est là le temps nécessaire pour que l'infection ait lieu.

L'hérédité de la syphilis constitutionnelle par la voie maternelle est un fait que nous avons eu bien souvent occasion de constater autrefois dans cet hôpital, lorsque nous avions un service de femmes et de nourrices ; et il n'y a guère que des chirurgiens militaires, ayant exercé au milieu des camps, qui puissent admettre le contraire. La contagion par voie paternelle est plus difficile à constater, et n'est pas prouvée pour nous aujourd'hui.

Deux conditions sont nécessaires au développement des accidents secondaires de la vérole. La première est relative au mode d'absorption du virus. Dans les anciennes doctrines, et dans celle d'Astruc entre autres, les vaisseaux blancs et la lymphe étaient regardés comme le moyen de transport du virus. L'école moderne, au contraire, regarde les accidents secondaires de la vérole ou de la syphilis constitutionnelle, comme une sub-inflammation des vaisseaux blancs. D'après les expériences nombreuses que nous avons faites ici, à l'hôpital du Midi, les vaisseaux blancs ne jouent qu'un petit rôle dans l'empoisonnement général, qui se fait, au contraire, sous la dépendance du système veineux. Le virus reste pur et conserve ses propriétés infectantes tant qu'il est renfermé dans les lymphatiques ; mais il ne devient inoculable qu'autant qu'il est absorbé par les veines et qu'il a subi le mélange du sang veineux. La vérole constitutionnelle est donc le résultat de l'absorption du virus par les veines, et non par les lymphatiques.

Dans les accidents qui doivent se développer, quel est le mode de production? A part la théorie de l'absorption, on a admis le retentissement lymphatique. L'école physiologique, qui a nié le virus, devait nécessairement nier l'absorption. C'est au système nerveux qu'elle les rapporte.

L'école physiologique ne regarde donc que comme sympathiques tous les accidents qui suivent de près ou de loin les accidents premiers ; et, pour étayer sa théorie d'un argument qui lui paraît péremptoire, elle invoque la réaction que les organes génitaux impriment à l'ensemble de l'économie. Mais la théorie de la sympathie ne tombe-t-elle pas devant les faits où les accidents secondaires se sont manifestés à la suite d'un chancre gagné au doigt? Car le chancre n'est pas une affection spéciale de la verge, qui n'en est plus souvent atteinte qu'en raison de son contact plus souvent répété avec la vulve.

D'autre part, les sympathies sont excitées par un organe malade, au moment où le mal offre plus d'intensité, comme cela s'observe dans les affections aiguës. Or, le contraire s'observe pour les accidents vénériens. En effet, lorsque les accidents aigus et primitifs sont éteints, c'est alors seulement que les accidents prétendus sympathiques se manifestent. Et en outre, ces sympathies devraient être, par leur intensité, en raison de l'intensité même des accidents primitifs ; et nous voyons, au contraire, la chaudepisse qui occupe ordinairement toute la longueur de l'urèthre, la vaginite toute l'étendue du vagin, et la balanite la surface du gland, ne donner lieu qu'à des sympathies qui ne sont nullement comparables à celles du chancre.

Un autre point qui est encore en opposition avec la théorie des sympathies est le suivant : si les sympathies étaient réellement la cause des accidents secondaires, il est évident que ceux-ci devraient se manifester à la suite d'accidents inflammatoires simples, ou de plaies des organes génitaux, affections qui sont susceptibles de réveiller des sympathies. Or, ces plaies ne donnent aucunement lieu à ces accidents secondaires.

Enfin, en admettant un instant l'influence de la sympathie dans le développement des accidents secondaires, comment agirait-elle de la mère à l'enfant pendant la vie intra-utérine, ou trois ou quatre mois après la naissance, la mère ayant un chancre à la vulve au moment de l'accouchement?

L'école physiologique a reproché aux partisans du virus de ne pouvoir expliquer les incubations. L'école physiologique pourrait-elle donner l'explication des sympathies tardives? Un fait bien prouvé, et qui vient encore à l'appui de l'existence du virus syphilitique, c'est que, lorsqu'on injecte dans les veines un principe méphitique ou putride, on détermine des accidents analogues à ceux de la vérole, et spécialement une tendance aux éruptions cutanées.

---

## HOPITAL DE PADOUE.

### M. Giacomini.

*Cystite intense et entérite aiguë. Bons effets de l'huile de térébenthine à haute dose.*

Une femme appelée Maria Jcaiquomelli, native de Padoue, âgée de vingt-neuf ans, est reçue à la cli-

nique de M. Giacomini le 20 février. Elle venait d'accoucher laborieusement de deux enfants jumeaux; elle offre : fièvre ardente, peau sèche, douleur fort intense à l'hypogastre, urines rares avec ardeur en sortant par l'urèthre (ces urines sont sanguinolentes et offrent un sédiment muqueux); tenesme vésical avec douleur insupportable; garde-robes fréquentes, liquides, muco-sanguinolentes, comme dans la dysenterie : langue rouge et sèche; physionomie très-abattue.

M. Giacomini diagnostique une cystite grave avec entérite; il prescrit d'abord un remède contre-stimulant entérique (10 gros de sel d'epsom dans une boisson acidule).

Le 21, pas d'amélioration. On prescrit le même remède; une saignée d'une livre.

Le 22, même état. Cataplasme de fleur de sureau sur les parties génitales.

Le 23, la maladie persiste dans le même état. On prescrit une émulsion de gomme arabique avec addition d'un scrupule d'huile essentielle de térébenthine. On augmente graduellement la dose de ce remède jusqu'à 50 grains par jour. L'amélioration a été instantanée et comme miraculeuse sous l'influence de ce médicament; la fièvre et les autres symptômes alarmants ont été brusquement dissipés, et la malade est entrée presque brusquement en convalescence.

Les personnes qui jugent les vertus dynamiques des médicaments d'après les apparences physiques de ces derniers, auront de la peine à croire que l'huile essentielle de térébenthine soit un puissant remède contre-stimulant analogue à la saignée, au calomel, au tartre stibié, etc.

Comment, dira-t-on, une pareille substance, évaporable et piquante comme l'éther, pourra-t-elle être rangée dans cette catégorie de modificateurs? Sans doute que cela répugne, d'après les apparences physiques de cette substance; mais ce n'est pas sur ces conditions que les propriétés dynamiques des médicaments peuvent être déterminées; c'est à l'expérience clinique chez l'homme bien portant ou malade qu'il faut d'abord s'adresser pour se former une idée précise à cet égard.

Or, si vous étudiez les faits que la science possède concernant l'huile essentielle de térébenthine, vous verriez :

1° Que cette substance, donnée intérieurement à des doses convenables, a constamment été utile dans les maladies inflammatoires ou de fond hypersténique, et nuisibles dans toutes celles de nature contraire.

2° Qu'administrée chez l'homme bien portant, elle fait baisser considérablement l'état du pouls et la vitalité générale de l'organisme.

---

N° 78. — 30 JUIN.

---

HOPITAUX DE LONDRES. (Westminster dispensary.)

*Ivresse stertoreuse. Trachéotomie. Guérison.*

Abraham Harris, âgé de trente et un ans, se trouvait le 31 mars dans un état d'ivresse complet; il était dans une insensibilité absolue; pupilles très-dilatées, respiration stertoreuse, absence complète de tous les mouvements volontaires depuis quatre heures. Les renseignements fournis par les personnes qui l'ont transporté apprennent qu'ayant assisté à un banquet, il avait bu considérablement d'eau-de-vie et de bière. On évalue à plusieurs pintes l'eau-de-vie qu'il a bue.

Le premier moyen qu'on emploie pour le tirer de cet état, c'est la pompe gastrique. On tire trois à quatre pintes de liquide composé en grande partie d'eau-de-vie. On injecte ensuite dans l'estomac de l'eau tiède contenant de l'ipécacuanha en plusieurs fois, dans le but de provoquer le vomissement et réveiller par là l'action du cerveau. Ce moyen n'a produit aucun effet, aucune envie de vomir. On injecte, dans le même but de faire vomir, une forte solution de sel délayé dans de l'eau, puis une solution de sulfate de zinc sans plus d'effet. L'état comateux augmente, le visage devient turgescent, la respiration de plus en plus difficile; pouls presque imperceptible; toute la surface du corps est froide, couverte de sueurs visqueuses; insensibilité générale à toute espèce de stimulus; on croit que le malade va expirer. Une consultation a lieu entre les médecins de l'hôpital : on prescrit un lavement de térébenthine. On croit le malade perdu.

Le chirurgien assistant cependant, réfléchissant que l'état comateux pouvait dépendre d'une véritable apoplexie, que l'oppression elle-même du cerveau pouvait tenir à la qualité non oxygénée du sang qui l'animait; car la respiration était fort difficile, la glotte et l'épiglotte étant comme affaissées et sibilantes, phénomène qui pouvait être rapporté à la paralysie de la huitième paire; a pensé que la trachéotomie pourrait sauver le malade en introduisant une quantité suffisante d'air dans les poumons, et en oxygénant convenablement le sang qui doit animer le cerveau. Cette idée ayant été goûtée par les consultants, a été mise à exécution par M. Andrews.

A peine la trachée a-t-elle été ouverte, que les veines, qui étaient distendues autour de la tête, s'affaissent; les violents efforts respirateurs cessent, et la respiration douce et normale s'établit en moins d'une demi-heure. Les pupilles paraissent légèrement sensibles à la lumière, le pouls se relève; des mucosités sont expulsées par l'ouverture de la trachée; on maintient la plaie béante à l'aide d'une petite bandelette métallique élastique, qu'on ploie en arc en rapprochant les deux bouts pour l'introduire dans le fond de la plaie; en s'écartant naturellement, les deux bouts tiennent la plaie parfaitement béante; le petit ressort est assuré au dehors à l'aide d'un fil.

La vie a commencé à renaître sous l'influence de cette opération. La nuit a été assez bonne, mais le malade n'est revenu à la connaissance que le lendemain matin. Il a fait comprendre par signes qu'il éprouve un grand mal à la tête et à l'estomac, et des envies de vomir; la langue offre une blancheur toute particulière, comme si elle avait été badigeonnée à la chaux.

On prescrit quelques doux purgatifs, des médicaments alcalins, des sangsues à la gorge autour de la plaie, et les choses vont de mieux en mieux; le malade guérit.

— Ce fait offre un très-grand intérêt pratique en ce qu'il indique une ressource précieuse nouvelle pour combattre les effets des alcooliques. Nous devons cependant faire remarquer que le diagnostic de l'auteur est basé sur une idée inexacte, bien que le résultat de la médication qu'il a employée ait été heureux. Le cerveau d'un homme ivre se trouve accablé ou à l'état comateux, non parce que le sang que le cœur lui envoie est peu oxygéné, mais bien par l'effet de la congestion sanguine, apoplectique que la boisson alcoolique détermine. Le cerveau, et en particulier le cervelet, étant ainsi comprimés, le malade éprouve les effets connus de l'apoplexie congestive; de là le coma, la respiration stertoreuse et les autres symptômes ci-devant mentionnés. Les expériences de Guthrie, de M. Flourens et de M. Giacomini, sur les animaux vivants énivrés par les alcooliques, ne laissent aucun doute à cet égard. Ainsi donc, un premier fait à noter sur cette matière, c'est qu'un homme ivre par le vin ou l'eau-de-vie, se trouve exactement dans les mêmes conditions qu'un apoplectique, et il meurt en effet comme tel, c'est-à-dire asphyxié par la compression des centres nerveux. L'homme ivre par de la bière offre d'autres phénomènes que nous ne devons pas examiner pour le moment.

Maintenant, si nous réfléchissons au mode d'action que les alcooliques exercent sur le vitalisme, il est très-facile de nous convaincre que ce mode d'action est purement hypersthénique; que l'hilarité, la chaleur, l'accélération du pouls, l'éréthisme du système musculaire, l'exaltation des fonctions cérébrales, en sont les premiers effets, et qu'à ces effets suivent ceux de la congestion excessive de l'encéphale, congestion dont la manifestation détruit les phénomènes précédents, mais dont la nature n'est pas moins identique au fond, c'est-à-dire hypersthénique.

Cette considération légitime et rigoureuse nous conduit aux corollaires suivants :

1° Il est absurde de croire que l'ivresse par les alcooliques puisse être combattue, neutralisée, par l'ingestion de quelques doses d'ammoniac, ainsi que cela a été avancé dans ces derniers temps. A quelque période de l'ivresse qu'on l'administre, l'ammoniac ne peut jamais vaincre l'état de sur-excitabilité de tout le système organique, et encore moins la congestion cérébrale, puisqu'il est reconnu que son action sur le vitalisme est de sur-exciter, comme les alcooliques eux-mêmes. Les quelques faits qu'on a cités pour prouver la vertu antialcoolique de l'ammoniac, ne sont aucunement concluants, et il importe beaucoup que les praticiens ne s'en laissent pas imposer, en négligeant les moyens réellement efficaces, au détriment des malades.

2° Les véritables remèdes contre l'ivresse par les alcooliques, sont les contre-stimulants, qu'on a coutume d'employer dans le traitement de l'apoplexie. D'abord les saignées générales et locales, et les affusions froides et la glace sur la tête. Viennent ensuite les lavements d'émulsion d'amandes amères, et tout ce qu'on connaît sous le nom d'antiphlogistiques. La pompe gastrique et le vomissement ne sont réellement utiles que dans les premiers instants de l'ivresse. Du moment que l'alcool a agi sur le vitalisme général, il a déjà été résorbé et est passé dans le sang; il ne reste alors dans l'estomac que la partie colorante et extractive de la liqueur, avec très-peu d'alcool.

Quant à la trachéotomie, dont on vient de lire un exemple, c'est un moyen précieux, auquel il faudrait avoir recours si les moyens précédents étaient insuffisants. L'action de ce moyen est d'ailleurs parfaitement d'accord avec les idées qui précèdent, si l'on veut se rappeler les belles expériences de MM. Dupuy, Astley Cooper et Amussat, sur la huitième paire chez les animaux. La division de ces nerfs produit les mêmes effets que leur compression par la congestion cérébelleuse (Flourens), et ces effets peuvent se combattre de la même manière par la trachéotomie.

Nous reviendrons sur ces idées importantes de haute pratique.

---

## HOPITAL DES VÉNÉRIENS.

### M. Ricord.

*Fistule aérienne. Rhinoplastie. Guérison.*

Le malade dont nous allons parler offre un des cas les plus remarquables dans l'histoire des maladies vénériennes. Il y a six ans que cet homme a fait une chute sur le nez, ayant déterminé une écorchure et une contusion des parties molles et de la charpente osseuse du nez. Quinze jours après, il attrape une chaudepisse; avant, il n'avait jamais éprouvé la moindre indisposition à la suite du coït. Peu de temps après, le mal au nez fait des progrès; il survient une inflammation suppurative, et un abcès se forme et est ouvert. Les parties molles s'amincissent et même se détruisent peu à peu, et les os propres du nez sont mis à nu. Alors les os même se prennent d'inflammation et sont bientôt détruits en partie par la carie.

L'abcès évacué et la carie guéric, il reste à cet homme une fistule aérienne située à la jonction des parties molles avec les os propres.

Dans l'intention de se faire guérir de cette infirmité, le malade se présente à un hôpital militaire de Paris. On invoque le commémoratif; on apprend que le malade a été atteint de chaudepisse à l'époque où le mal du nez a commencé. On s'évertue à expliquer de quelle manière l'inoculation doit s'être effectuée, et l'on conclut que la fistule est vénérienne.

Partant de ce diagnostic qui paraissait bien démontré, le malade est soumis pendant sept mois à l'usage de pilules mercurielles et de la tisane de Feltz; et ne voyant survenir aucun changement favorable, on rugine les os dénudés. Bref, au bout de sept mois, le malade sort non guéri et se présente à Saint-Louis. Là, MM. Biett et Bégin reçoivent le malade comme atteint de syphilis : aucun doute ne paraît exister sur ce point; car il a eu une chaudepisse, et un nouveau traitement antisyphilitique est commencé et continué pendant quatre autres mois. Cette fois on lui fait prendre la tisane de Zitmann et les pilules mercurielles; et dans ce laps de temps il

prend soixante-quatre bouteilles de tisane de Zitmann. Au bout des quatre mois, il sort non guéri. Il s'adresse alors à de nouveaux médecins, qui pendant onze mois lui font encore prendre tantôt la tisane de Feltz, tantôt la liqueur de Van-Swiéten, et tantôt le gayac. Enfin, ce n'est qu'au bout de vingt-deux mois de traitements infructueux que le malade est entré dans notre service.

Et après de pareilles erreurs on vient vous dire : « Allons donc, avec vos mercuriaux, vous leur attribuez une spécificité dont ils ne sont pas doués ! »

A le voir, ce malade, sans l'examiner attentivement, lorsque la fistule était remplie de mucosités nasales, on eût pensé que c'était là le produit de la suppuration ; et cependant, messieurs, vous l'avez vu, les bords de la fistule étaient bien cicatrisés.

Avant de porter un diagnostic sur la cause qui avait déterminé cette fistule, nous avons voulu aussi consulter l'historique du malade, et le commémoratif nous a appris que cet homme avait fait une chute quinze jours avant d'attraper la chaudepisse. Dès lors nous avons regardé la fistule comme simple, et résultant d'une cause traumatique.

L'opération nous a semblé un moyen convenable pour réparer l'infirmité de cet homme, sans tenir aucun compte des antécédents, persuadé que nous étions de n'avoir pas de complications dépendantes d'un vice syphilitique, comme, du reste, l'événement l'a prouvé.

En effet, la rhinoplastie, ou, pour mieux dire, la rhinoraphie, a été pratiquée, et n'a été suivie d'aucune complication offrant un caractère syphilitique.

Le malade a été bien portant pendant les six premiers jours ; le septième, il a eu l'imprudence de se faire raser, probablement avec un mauvais rasoir ; le fait est, que l'après-dînée il a commencé à éprouver de la tension sous le menton, et les débuts d'un érysipèle se sont déclarés ; l'élève interne a fait poser immédiatement des sangsues ; un lavement purgatif a été administré, et l'on a fait prendre au malade des bains de pieds.

Malgré cette médication active, le mal fait des progrès dans la soirée ; le lendemain l'érysipèle gagne la face, le menton, les lèvres ; les joues sont prises, et à droite l'inflammation cutanée s'étend jusqu'à l'oreille. Au milieu de ce désordre, qui menaçait de si près la région opérée, et qui semblait devoir d'un moment à l'autre nous priver des fruits de l'opération, le nez resta froid et tout à fait étranger à l'inflammation. Néanmoins, nous nous hâtâmes d'ôter les bandelettes agglutinatives, qui prédisposent à l'érysipèle, et nous leur substituâmes un linge troué enduit de cérat ; ensuite je prescrivis :

1° Des onctions mercurielles ;

2° Une application de trente sangsues sur le trajet des veines jugulaires ;

3° Lavement purgatif, bains de pieds, limonade, looch et diète ;

4° Enfin je prescrivis un gargarisme albumineux avec le miel rosat, parce qu'il existait du mal de gorge.

Malgré tous ces moyens employés, l'érysipèle fit des progrès, les oreilles quadruplèrent de volume, et l'œil droit fut atteint d'ophthalmie. Cependant le nez restait intact, et d'ailleurs l'érysipèle étant arrivé au septième jour de l'opération, le travail adhésif des parties opérées était effectué : c'est même là ce qui m'engagea à employer les onctions mercurielles, que je n'eusse pas prescrit sans cela, car le mercure est un agent antiplastique par excellence.

Quoi qu'il en soit, sous l'influence des onctions mercurielles répétées deux ou trois fois par jour, réunies aux autres moyens que nous avons indiqués plus haut, l'érysipèle, après en être arrivé au point décrit, commença à diminuer sans que le nez eût jamais pris part à l'inflammation.

Il serait inutile de se demander pourquoi cet organe a échappé à l'érysipèle ; certes, il existait en lui une cause plus puissante qu'ailleurs pour donner lieu à la phlegmasie cutanée.

Cet homme est parfaitement guéri aujourd'hui.

---

# GAZETTE MEDICALE

## DE PARIS.

JUIN 1838.

Nos 22 et 23. — 2 et 9 juin.

*Mémoire sur la chlorose et ses complications ;* par M. Ashwell, professeur de clinique obstétricale à Londres, médecin de l'hôpital Guy.

Les maladies causées par les dérangements de la menstruation, surtout la chlorose et l'aménorrhée, sont très-fréquentes. Elles sont souvent compliquées d'hémorrhagies supplémentaires, d'altérations fonctionnelles du cerveau, de trouble général de la circulation, et en particulier de la circulation capillaire et de la respiration ; et si le mal n'est pas convenablement combattu, il finit souvent par endommager sérieusement le poumon. Ces lésions sont malheureusement trop négligées dans leur début, alors qu'elles seraient facilement curables. Ces considérations et la dissidence qui existe entre les opinions des meilleurs praticiens sur la véritable nature des affections chlorotiques, justifient, je pense, les recherches auxquelles j'ai cru devoir me livrer.

Les maladies qui résultent du dérangement de la menstruation peuvent être divisées en deux classes ; les unes consistent dans la *rareté*, la *difficulté* de l'écoulement cataménial, telles que la chlorose, l'aménorrhée et la dysménorrhée : les autres dans la *profusion excessive* du même écoulement. La menstruation trop abondante, la ménorrhagie et peut-être aussi la leucorrhée, appartiennent à cette dernière catégorie. Une légère réflexion suffit pour faire comprendre qu'un danger plus grand accompagne la première classe de lésions. La menstruation excessive ou la ménorrhagie produit souvent, il est vrai, de l'alarme et des conséquences fâcheuses ; mais qui ne voit que cet état est moins formidable, et qu'il est plus facile d'y remédier lorsque l'excès menstruel ne dépend que d'une lésion fonctionnelle, qu'au vice contraire qui complique la chlorose ?

Je traiterai, dans une suite de mémoires, de toutes ces maladies. Pour le moment, je me bornerai à la chlorose. Ce que je me propose de démontrer précisément dans ce travail, c'est 1° que la chlorose compliquée d'aménorrhée est la maladie la plus commune qui suit le dérangement de la fonction menstruelle ; et qu'il y a entre ces affections plusieurs caractères distinctifs, bien qu'elles aient de nombreux points de ressemblance entre elles ; 2° que si la chlorose compliquée d'aménorrhée prend un caractère grave, ainsi que cela a toujours lieu à la longue, elle produit au moins un trouble fonctionnel des systèmes nerveux, vasculaire, respiratoire et digestif, et que si elle se termine fatalement, c'est par la phthisie que la mort a lieu le plus souvent ; 3° enfin, que le traitement de la chlorose n'est réellement efficace que lorsqu'il est employé de bonne heure et suivi avec persévérance.

### § I. Remarques générales.

Il n'est pas facile de définir avec précision le mot chlorose ; il l'est encore moins de dire comment cette maladie empêche l'exercice de la fonction cataméniale et l'établissement des autres caractères de la puberté. D'après les idées que je me suis formées, je suis porté à regarder la chlorose comme une affection particulière de l'organisme, qui se manifeste ordinairement à l'époque où la puberté est établie ou doit s'établir. Bien qu'elle puisse se déclarer à d'autres époques, elle est toujours et invariablement jointe à l'absence complète de la menstruation, ou à l'imperfection et l'irrégularité de cette fonction. La chlorose est essentiellement caractérisée par une sorte d'anémie de l'organisme, de pâleur de la surface du corps, et d'un certain dérangement qui empêche dans beaucoup de cas les ovaires et l'utérus de jouir convenablement de leurs propriétés physiologiques. S'il est vrai que les attributs spéciaux de la femme consistent, ainsi que beaucoup de personnes le pensent, dans l'intégrité des fonctions de l'utérus, on peut dire que ces attributs manquent durant l'affection chlorotique.

Un fait curieux à noter dans l'histoire de la chlorose, c'est que si la maladie se continue longtemps, et que la femme ne succombe point, elle acquiert un certain cachet qui la rapproche du sexe masculin.

Si ces réflexions sont exactes, l'aménorrhée ne peut être regardée comme synonyme de chlorose. La première peut exister, et souvent elle existe en effet indépendamment de l'affection chlorotique ; et bien que l'existence de la chlorose a souvent lieu sans plus ou moins d'aménorrhée, on voit fréquemment l'aménorrhée exister sans aucune trace de chlorose. Il est juste de dire néanmoins que lorsque l'aménorrhée n'a point été guérie ni soulagée, et qu'elle dure pendant très-longtemps, elle finit par produire un dérangement dans tout l'organisme, de sorte que des symptômes chlorotiques se manifestent à la longue, et, enfin, la chlorose se déclare avec tout le train des symptômes qui lui sont propres. Il ne faut pas ou-

blier, en attendant, que la chlorose est elle-même une cause fréquente d'aménorrhée; car elle empêche ou retarde la déclaration de la puberté, et par conséquent la menstruation. Et, d'ailleurs, lorsque la fonction cataméniale est déjà établie, la chlorose la suspend ou la supprime entièrement.

Il est excessivement important, sous le point de vue thérapeutique, de distinguer nettement les premiers symptômes de la chlorose. L'aménorrhée présuppose toujours l'existence de la puberté, et par conséquent de la menstruation; tandis que la chlorose peut se rencontrer à différentes époques, et surtout avant la puberté. Dans ce dernier cas, qui est assez fréquent, la chlorose prend quelquefois des formes fort graves et mérite la plus grande attention.

La chlorose qui a lieu avant l'apparition des règles est accompagnée d'un certain état de délicatesse, de faiblesse, d'arrêt de développement de l'organisme, dont le germe existe probablement dès la première enfance : il devient plus apparent à l'époque de la puberté, parce qu'il acquiert des formes particulières.

Avant l'âge de 12, 13, et 14 ans, cette condition de la vitalité est regardée comme l'indice d'une faiblesse constitutionnelle, prédisposant à des maladies. La constitution subit une certaine modification à l'époque du passage de l'enfance à la puberté, ou à l'état de femme; cette modification est fâcheuse lorsque l'organisme était déjà faible. La puberté est donc considérée comme l'instrument de cette transition; la menstruation en est un des résultats salutaires immédiats.

A cette époque, la constitution a par conséquent besoin d'un effort extraordinaire de la force vitale ou de l'organisme. Si cet effort a lieu, la menstruation s'établit et ses effets salutaires se manifestent. Si, au contraire, la fonction se développe faiblement on n'observe qu'une légère amélioration dans l'état préalable de la constitution. En conséquence, lorsque la puberté est imparfaite il ne peut y avoir qu'une légère augmentation de force; la délicatesse primitive persiste. Les exemples de cette nature sont journaliers. Ne voyons-nous pas tous les jours dans nos grandes cités cette pâleur et cette débilité comme des attributs propres aux jeunes personnes? Questionnez-les et vous trouverez :

1° Que la menstruation s'est établie difficilement;

2° Que cette difficulté s'est reproduite plusieurs fois;

3° Qu'ensuite ses intervalles sont devenus longs et irréguliers;

4° Enfin, que la quantité et la nature de la sécrétion offrent quelque chose de morbide.

Suivez ces sujets pendant plusieurs mois, surtout lorsque tout traitement approprié est négligé, vous verrez que la fonction cataméniale cesse tout à fait, et que l'état de simple délicatesse se change bientôt en maladie patente; les forces et la santé déclinent visiblement. C'est là un cas de chlorose compliqué d'aménorrhée.

La chlorose ou l'affection générale de l'organisme a été la première maladie, elle n'a pas empêché complétement la puberté et la menstruation de se déclarer. Le nouvel état cependant n'ayant été que faiblement secouru par la force vitale, le développement a été incomplet et la fonction ne s'est point soutenue. L'aménorrhée ou la suspension de la fonction utérine arrive promptement dans ces circonstances. Toute la faute est sans le moindre doute dans la constitution, dans l'organisme; elle n'est donc pas locale, dans les organes sexuels, l'utérus ou les ovaires. Ces parties auraient continué à remplir leurs fonctions si l'énergie vitale de la constitution eût été développée davantage.

On prévoit déjà d'après ces simples remarques combien les remèdes dits emménagogues, qu'on a l'habitude d'administrer en pareille occurrence, doivent être nuisibles.

## § II. Chlorose simple.

Il est facile maintenant, après ces notions sur la complication la plus commune de la chlorose, de comprendre l'état idiopathique de la maladie. Dans cet état, la puberté ne s'est point établie du tout ou ne s'est établie qu'imparfaitement; les règles n'ont jamais existé. Un sujet qui se trouve dans ces conditions offre une altération très-marquée, qui empirera promptement vers l'époque où la puberté et la menstruation devraient paraître. En examinant le commémoratif vous verrez qu'une telle personne a été préalablement faible et délicate, distinguée probablement dans son enfance par sa faiblesse et sa susceptibilité aux maladies, et que ses parents ont toujours eu de l'inquiétude pour elle. Arrivée à l'âge de 12, 13 ou 14 ans, sans aucune cause appréciable, si ce n'est une cause négative (le non-établissement de la puberté), une série de symptômes alarmants se sont déclarés. Vous trouverez que l'appétit manque ou est dépravé; la respiration courte et difficile au moindre effort; douleur particulière et constante au côté, dépendant probablement de l'état saburral du gros intestin; les forces déclinent rapidement vers le soir; la surface du corps est chaude; les pommettes sont chaudes et rouges; pâleur universelle et œdème des extrémités; pouls fréquent et petit; émaciation progressive.

Plus tard, vous trouverez de la toux, douleur au côté et des sueurs. Et plus tard encore de l'expectoration. A cette époque, j'ai à peine besoin de dire que la guérison est douteuse. Telle est la chlorose.

Que ces dérangements de la fonction cataméniale arrivent plus constamment que d'autres, personne ne le niera probablement. Les registres de l'hôpital et de la pratique particulière confirment d'ailleurs pleinement cette assertion, surtout si nous comprenons les jeunes personnes de la haute société chez lesquelles la délicatesse et la chlorose sont très-fréquentes, et les jeunes femmes de nos grandes cités qui exercent des états insalubres, ou qui habitent des endroits malsains et mènent une vie irrégulière.

Il est bien connu d'autre part que les femmes en général, et en particulier les jeunes personnes, sont plus susceptibles que les hommes; elles sont naturellement moins robustes, moins pléthoriques; leur système vasculaire est plus excentrique, c'est-à-dire plus porté à la surface du corps; elles sont plus impressionnables au froid : et les congestions viscérales s'établissent plus facilement chez elles.

On dit souvent avec raison qu'il est plus facile d'é-

lever les garçons que les filles. Les garçons pourtant sont plus prédisposés aux maladies inflammatoires; ils meurent plus fréquemment d'hydrocéphale, d'entéro-péritonite, et de convulsions subites que les filles. Cela même prouve le plus haut degré de vitalité et la vigueur plus grande dont jouit leur organisme relativement à l'autre sexe.

Généralisons notre observation. Il est impossible de ne pas voir une différence immense dans les deux sexes, relativement aux dangers qu'on a à craindre à l'époque de l'établissement de la puberté.

Les garçons délicats et faibles ne sont pas, il est vrai, entièrement à l'abri d'une sorte de chlorose, c'est-à-dire de cette affection constitutionnelle qui est accompagnée de pâleur et d'un état exsangue et d'impuissance de l'organisme. Cet état cependant est si rare dans le sexe mâle que, quand il se rencontre, on s'alarme, et l'on craint avec fondement une phthisie. Un garçon ainsi constitué est regardé comme en position dangereuse; et, si la douleur au côté, la toux, la transpiration se déclarent, quelque faibles que soient ces symptômes, on les regarde comme fort graves et l'on en prend les plus grands soins. On l'habille chaudement, on ne l'expose pas à l'air humide de la nuit, on fait attention à son régime; on lui fait faire un exercice approprié à sa position. Souvent, à l'aide de ces précautions, on conjure l'orage, et l'on passe heureusement l'époque critique de la puberté. Il serait à désirer que les mêmes précautions fussent prises à l'égard des jeunes filles au moment où leur organisme va subir les plus grands changements, et cela d'autant plus qu'elles sont généralement en plus grand danger que les garçons. Un garçon passe, il est vrai, plus difficilement les maladies et les périls des deux ou trois premières années de la vie, mais il traverse plus sûrement l'époque de la puberté que la jeune fille. La délicatesse de l'organisme féminin, sa plus grande susceptibilité nerveuse, son caractère de circulation superficielle ou lymphatique, tout expose la jeune personne à des chances de puberté et de menstruation difficiles. Ce n'est donc pas trop dire que d'affirmer que la chlorose et ses complications sont les plus communes des conséquences des dérangements de la fonction menstruelle.

### § III. Complications. Symptomatologie.

J'arrive maintenant aux complications de la chlorose. J'aurai ici trois sujets à traiter : 1° de la chlorose compliquée d'aménorrhée, la plus fréquente et la plus curable de toutes; 2° de la chlorose compliquée d'affections de l'estomac et des intestins, d'hémorrhagies supplémentaires, de lésions fonctionnelles du cerveau, des poumons et du système vasculaire; ces complications sont extrêmement fréquentes, mais guérissables jusqu'à un certain point; 3° enfin, de la chlorose compliquée de lésion organique du poumon, la plus fâcheuse de toutes.

A. *Aménorrhée.* — J'ai déjà avancé quelques remarques sur la combinaison de la chlorose avec l'aménorrhée : quelques autres considérations mettront la chose en plein jour. Peu d'affections sont plus souvent confondues entre elles dans la pratique que la chlorose et l'aménorrhée. Cette erreur est de la plus grande importance. Il est, en effet, permis, dans beaucoup de cas d'aménorrhée, d'employer des emménagogues, tandis qu'il y a peu de cas où ces médicaments peuvent être employés avec avantage, du moins dans la première période. On ne voit malheureusement que trop souvent dans la pratique, administrer, par suite d'une pareille erreur de diagnostic, des remèdes mercuriaux avec profusion, des purgatifs drastiques, le fer et des remèdes stimulants, tant locaux que constitutionnels, lorsque la puberté n'existe qu'à peine, et que la nature ne possède pour la sécrétion menstruelle que des matériaux morbides. Je m'explique avec un exemple. Une jeune personne, originairement délicate, appartenant peut-être à une famille faible et susceptible, est élevée avec peine jusqu'à l'âge de 12 à 14 ans. A cette époque, la faiblesse constitutionnelle est à son comble; elle devient pâle, sa force musculaire est presque nulle; elle endure à peine une fatigue quelconque; sa respiration s'accélère au moindre exercice, elle étouffe; si l'exercice se répète longtemps, son cœur palpite fréquemment; le pouls est fréquent et faible, et son moral, ainsi que son physique, deviennent fort susceptibles. Son appétit est capricieux et irrégulier; elle ne dort pas mal, mais en se levant le matin, elle n'est pas restaurée par le repos de la nuit. La continuation de ces phénomènes fait penser, au bout de quelques semaines, qu'il y a quelque chose de mauvais dans son état. Il est évident que le mal est dans l'ensemble de l'organisme. Est-ce là un cas d'aménorrhée? Non, certes, c'est un cas de chlorose. L'opinion de la famille est toujours erronée dans cette circonstance; on attribue tout le mal à l'absence des règles. Si la fonction cataméniale fût établie, tout irait bien, dit-on. Continuez cependant à observer ce qui arrive plus tard. La nature, aidée par l'art, ou même sans ce secours, établit en partie la fonction tant désirée : la menstruation se déclare après beaucoup d'indispositions; l'appréhension des parents se dissipe pour quelque temps; mais qu'arrive-t-il par la suite? Quelques semaines ou quelques mois après, les règles se dérangent pour les époques et pour la quantité, qui devient rare, ce qui prouve que l'organisme est sous l'influence d'un nouvel état morbide; les symptômes ci-devant indiqués reparaissent, et si l'on vous demande alors quelle est la nature de la maladie, vous devez répondre : c'est une chlorose compliquée d'aménorrhée; la puberté s'est mal soutenue; les ovaires et l'utérus ne font pas bien leurs fonctions, et quoiqu'il y ait aménorrhée, il y a aussi chlorose.

Je rapporterai plus loin plusieurs exemples remarquables de ce cas. Disons, en attendant, que c'est cette forme de complication qui a produit la confusion des noms. Les symptômes de la suspension menstruelle sont si intimement mêlés avec l'affection générale de la constitution qu'ils ont fait naître l'opinion que la chlorose et l'aménorrhée ne font qu'une même maladie. Il est à peine nécessaire d'ajouter que ce sont là des cas dont la terminaison est fréquemment heureuse, s'ils sont attaqués de bonne heure et convenablement. Sous l'influence d'un traitement tonique surtout, la vitalité se relève, le sang s'améliore, sa quantité augmente, la pâleur

disparaît, l'organisme acquiert une vigueur dont il manquait, les fonctions de chaque organe s'exécutent plus convenablement ; la puberté se développe plus pleinement, et la fonction cataméniale reparaît régulièrement et avec l'abondance convenable. Quelques mois suffisent pour assurer le passage de la maladie à la santé, malgré l'ancienneté et l'opiniâtreté apparente de la chlorose. Il ne faut pas oublier, du reste, que, dans quelques cas, la durée des symptômes chlorotiques et aménorrhéiques se prolonge considérablement et donne lieu à des phénomènes morbides alarmants. Dans ces circonstances, il importe de redoubler, non d'activité dans le traitement, mais bien dans les précautions hygiéniques et dans la surveillance des différentes complications, et ne pas oublier surtout que le mal peut se terminer par la phthisie, du moins c'est ce qui a lieu dans nos climats.

Ces simples remarques éclairent suffisamment, je le présume, la plus commune des complications de la chlorose, et conduisent naturellement à une autre variété, que j'ai déjà mentionnée, je veux dire à celle dont les symptômes persistent malgré l'emploi d'un traitement convenable et longtemps continué. Jusque-là le pronostic du médecin n'avait pas été défavorable et l'anxiété des parents n'avait pas été extrême ; mais à présent, la chose est différente : la maladie existe depuis très-longtemps ; il faut avoir recours à des moyens plus énergiques et prévenir le danger qui menace ; il est même possible que ce moment critique soit arrivé sans qu'aucun traitement ait été employé. Cette variété est assez commune et ne présente rien de difficile dans le diagnostic : elle consiste dans une délicatesse de la constitution, avec menstruation imparfaite.

On ne voit que trop souvent des terminaisons fatales par suite de cette maladie négligée. J'ai été très-souvent consulté pour de pareilles maladies, et d'après ce qu'on m'a rapporté, je me suis convaincu que le mal n'a été incurable qu'à la longue et par suite de la négligence ; il était le plus souvent curable dans le principe. Comme beaucoup d'autres maladies, la chlorose combinée à l'amenorrhée n'acquiert pas, dès l'abord, la forme grave; les symptômes ci-devant indiqués existent fréquemment à un degré modéré pendant longtemps ; mais ce serait une erreur de croire que, dans certain cas, le mal ne puisse se dissiper indépendamment de toute médication. Le changement d'air, le séjour à la campagne, des occupations convenables peuvent conduire au rétablissement de la puberté et de la santé par leur influence combinée.

Ce n'est pas là cependant la marche la plus ordinaire des choses. Le plus fréquemment, après des traitements sans succès, surtout s'il y a aménorrhée, un organe intérieur est attaqué ou le poumon éprouve des dérangements : les fonctions des organes qui en dépendent s'altèrent et font croire que la maladie n'existe principalement que sur eux. Ce n'est pas qu'il n'y ait pas de mal ailleurs ; ce n'est pas que l'ensemble de l'organisme ne soit reconnu malade ; mais cette partie de la constitution étant la plus faible ou la plus sympathisante avec le mal, attire de préférence l'attention, et offre en effet de bonne heure des marques sérieuses et évidentes de maladie.

Il ne faut pas croire néanmoins que parce que ces complications sont considérées à part, elles existent toujours. Elles sont souvent mêlées ensemble d'une manière si intime, qu'un observateur superficiel, un routinier voit difficilement une prédominance marquée d'une classe de symptômes. Il juge le mal pour un cas ordinaire de pâles couleurs (*a common case of green-sicknefs*), et le traite en conséquence.

On pourrait peut-être demander quel avantage il y a d'envisager la maladie sous ce point de vue. La réponse n'est pas difficile. La probabilité de la cure définitive dépend de deux circonstances : 1° de l'importance vitale de l'organe qui est spécialement attaqué; 2° de l'espèce de lésion, fonctionnelle ou organique, qu'il a éprouvée. Bien que la maladie soit de l'espèce de celles qui attaquent l'économie entière, néanmoins la condition d'un seul viscère peut devenir tellement proéminente et indépendante à exiger une cure presque exclusive. C'est ce qu'on observe, par exemple, dans les cas où le poumon commence à éprouver une altération organique ; on voit alors une émaciation lente mais constante s'emparer de l'individu, de la céphalalgie intense survenir, et une constipation presque insurmontable. Il est impossible avant la dissipation de cet état, que l'organisme prenne de la vigueur, et que la puberté et la menstruation se rétablissent. Les limites de ce travail ne me permettent pas d'entrer dans tous les détails circonstanciés qui se rattachent à ces complications ; il me suffit, par conséquent d'avoir appelé l'attention sur les points les plus culminants.

B. *Hématémèse.* Il n'est pas rare de voir l'hématémèse ou des évacuations sanguines par l'estomac accompagner la chlorose et l'aménorrhée prolongées. Le traitement, dans cette circonstance, peut être heureux le plus souvent. Le régime, les remèdes toniques, surtout les préparations de fer, améliorent assez sûrement l'état du sang et de la circulation. Si la suspension des règles continue, des congestions, ou, pour me servir de l'expression française, des *engorgements* ne manqueront pas d'arriver sur quelque partie des organes de la digestion et de la nutrition ; de là, l'irrégularité des fonctions gastriques et intestinales. La constipation, la douleur, le spasme et les nausées harassent la malade, et dans des efforts pour tousser ou vomir, elle rejette des quantités de sang noir ou veineux. Il arrive souvent que ces évacuations sanguines reviennent aux époques cataméniales, toutes les trois ou quatre semaines : on observe dans les intervalles des écoulements leucorrhéiques plus ou moins abondants. J'ai vu une malade s'anémier d'une manière alarmante à la suite de ces hémorrhagies, surtout lorsque l'aménorrhée avait duré pendant longtemps et qu'elle avait été négligée. Il est quelquefois difficile de déterminer si le sang vient de l'estomac, du poumon, de la trachée ou de l'arrière-bouche. Il faut pour cela avoir égard à sa quantité et à sa couleur. Il y a des cas, cependant, où l'hémorrhagie pulmonaire est abondante ; une partie du sang est avalée et ensuite vomie ; ce dernier sang devient noir et se caille, ce qui rend le diagnostic équivoque. Le doute, néanmoins, finit par s'éclaircir : si l'hémorrhagie est pulmonaire, il y a toujours une toux vive et d'autres symp-

tômes qui dénotent une maladie à la poitrine. Il est à peine nécessaire de dire que dans ce cas les emménagogues locaux sont d'une grande utilité : la quantité du sang se trouve alors suffisamment augmentée pour provoquer artificiellement la sécrétion cataméniale; aussi doit-on faire toute espèce d'effort pour arriver au rétablissement de cette fonction. Il est bon de faire remarquer en attendant que la persévérance du traitement tonique finit par triompher, à moins que l'hémorrhagie ne soit pulmonaire ; et même dans ce dernier cas, j'ai vu deux malades chez lesquelles le traitement fortifiant a produit la guérison, malgré qu'il ait été continué en dépit de l'hémorrhagie pulmonaire.

C. *Dyspepsie.* Dans beaucoup de cas de chlorose prolongée, ce sont les fonctions de la digestion et de la nutrition qui sont spécialement dérangées. Dans les formes même les plus légères de la maladie, ces organes ne manquent jamais d'être plus ou moins affectés. Si le dérangement est sérieux, il mérite une attention particulière.

On ne doit pas s'étonner, d'après cela, de l'émaciation qui accompagne constamment la maladie, et de la lésion plus ou moins prononcée des organes vitaux qui s'ensuit. Les malades dans ces conditions mangent fort peu, et ce qu'elles prennent étant de mauvaise nature, ne leur procure qu'une mauvaise nutrition. Je sais bien que les gardes et les médecins son souvent trompés sur ce point; mais je suis sûr de ne pas avoir été abusé dans plusieurs cas que j'ai suivis particulièrement, puisque les malades étaient surveillées et n'avaient pu recevoir d'aliments du dehors. Du reste, je crois qu'il est peu convenable d'exprimer du soupçon à cet égard, à moins d'avoir des preuves que les malades prennent de mauvais aliments en cachette. Il est important cependant de surveiller la complication dont il s'agit. Vous vous apercevrez, en effet, que les forces ne reviennent pas, que tout le système s'émacie, que la malade mange fort peu, et que peu s'en faut pour que la phthisie se déclare : votre attention doit surtout redoubler si cette maladie est héréditaire dans la famille. Je ne connais pas de combinaison chlorotique qui exige un traitement plus prévoyant et plus persévérant pour arracher la malade aux suites les plus fâcheuses. Il est rare d'observer des lésions organiques dans l'estomac, dans le foie et dans les intestins, dans les cas les plus avancés de la maladie; mais il est très-commun d'avoir à combattre les lésions fonctionnelles les plus prononcées.

Ce n'est pas seulement au physique que les symptômes se manifestent; l'esprit, le caractère en éprouvent des atteintes fort remarquables. De la tristesse, du découragement, de l'ennui, de l'irritabilité, des sentiments de contrariété, etc., affectent souvent les malades; et lorsqu'elles comparent leur état présent à celui des douze ou quinze mois précédents, elles en éprouvent le plus vif chagrin. Elles deviennent moroses et solitaires, mais elles exigent une grande surveillance et de la famille et du médecin. On ne manque même pas d'exemples dans lesquels les fonctions mentales se sont dérangées pour quelque temps. De pareils sujets éprouvent rarement une grande excitation, et leur folie est rarement violente. Le plus ordinairement elles ne divaguent que sur quelques points; elles se croient perdues et se désespèrent. Il n'est pas nécessaire, je pense, de décrire ici minutieusement les différentes indications que réclament les lésions des voies digestives; tout le monde les comprend facilement. Il n'est pas du reste indispensable que le dérangement de la santé générale, qui occasionne le retard de la puberté et de la menstruation, soit très-intimement lié avec la lésion des voies digestives; et lorsqu'il l'est, souvent il arrive qu'en guérissant la première maladie la seconde se dissipe d'elle-même.

*D. Lésions encéphaliques.* Il n'y a pas de complication de la chlorose plus difficile à guérir que les affections cérébrales. Les variétés que cette complication présente sont dignes de méditation. Chez les uns il n'y a qu'une simple céphalalgie, pas très-intense, mais se répandant uniformément sur tous les points de la tête. Chez les autres la douleur est fixée sur un côté de la tête et est intolérable. Tantôt cette douleur est périodique et ressemble à une névralgie intense; tantôt elle est si constante qu'elle empêche tout exercice de l'esprit ou du corps, et fait croire à une affection organique. Dans d'autres circonstances enfin, et ceci n'est pas très-rare, les malades présentent des symptômes d'hystérie, de chorée et d'épilepsie, symptômes que les malades attribuent, et peut-être avec raison, à des céphalalgies intenses qu'elles ont éprouvées pendant longtemps.

Ces différentes souffrances s'associent à la longue à d'autres phénomènes cérébraux; chez les unes ce sont des vertiges; chez les autres, c'est un sentiment de poids. Dans quelques cas, c'est une paralysie à la face et aux membres supérieurs; dans d'autres, une sensation douloureuse instantanée. A ces phénomènes se joignent des sympathies morbides, surtout de l'estomac et des autres parties du canal digestif. Il est bon de rappeler que ces phénomènes sont souvent confondus avec d'autres et qu'ils retentissent sur tout l'organisme : de là l'ennui et l'alarme que les malades éprouvent. Il est cependant consolant de songer que toutes ces lésions cérébrales ne sont que fonctionnelles dans la majorité des cas. Ce qui prouve cette dernière assertion ce sont les guérisons radicales et nombreuses que nous pourrions citer, même dans des cas où les symptômes semblaient indiquer une affection organique.

Il est presque impossible d'exposer dans un court mémoire comme celui-ci tous les détails rélatifs à cette complication. Il y a pourtant à cet égard des différences non-seulement de degrés, mais encore essentielles à faire. Je ne connais rien de pis que la céphalalgie grave qui est propre à cette maladie : ce serait en donner une fausse idée que de l'appeler purement nerveuse : j'ai entendu des malades se plaindre tellement de cette complication, qu'elles préféraient cent fois la mort que de continuer à vivre avec cette horrible souffrance.

Les conséquences les plus communes de cette complication sont, d'après mes observations, la perte temporaire de la mémoire et de l'acuité de la perception, une sorte d'irritabilité physique, de la torpeur et une altération des fonctions digestives. Il y a pourtant des limites à ces phénomènes que la maladie ne franchit pas ordinairement. Toutefois, certaines fonc-

tions ne sont pas sérieusement influencées par cet état : ces sortes de malades en effet dorment assez bien ; leur appétit est capricieux, mais pas entièrement aboli ; et bien que la nutrition soit imparfaite, l'émaciation ne s'en suit pas très-rapidement, circonstance qui contraste singulièrement avec ce que nous avons vu dans la chlorose compliquée d'affection organique du poumon.

Il ne faut pas croire pourtant que l'altération cérébrale ne devient jamais organique, et que la céphalalgie se termine toujours par la guérison ; un grand nombre d'observations m'autorisent à conclure 1° que malgré la longue persistance de la maladie cérébrale, la structure de cet organe reste intacte dans le plus grand nombre des cas ; 2° que la céphalalgie de plusieurs mois ou d'une année se dissipe rarement complétement avant que la puberté et la menstruation soient pleinement rétablies. Il faut néanmoins excepter de cette catégorie la céphalalgie accompagnée d'épilepsie, et peut-être aussi d'une espèce de tremblement paralytique éminemment nerveux qu'on observe quelquefois après la chlorose très-prolongée. Il ne faut pas oublier néanmoins que l'épilepsie peut survenir sans lésion matérielle et que la paralysie est susceptible de guérison : j'en rapporterai plus loin un ou deux exemples remarquables.

*E. Lésions du système vasculaire.* Le système vasculaire, spécialement le capillaire et le cœur, est fréquemment impliqué dans les longues affections chlorotiques. Les malades et leurs parents regardent comme très-grave cette espèce de complication. La constipation et la céphalalgie sont des phénomènes assez communs, mais la perte totale de la couleur naturelle de la surface du corps, l'œdème de la face et des extrémités, les palpitations du cœur et la syncope sont moins fréquents ; et lorsqu'ils existent, ils produisent un très-grand alarme. J'ai rarement vu l'ascite compliquer l'œdème des chlorotiques dans le jeune âge ; mais à une époque plus avancée le dérangement du foie et des reins qui suit la chlorose, occasionne facilement des épanchements dans la cavité péritonéale. Cette forme particulière de la maladie est toujours accompagnée d'une respiration courte et fréquente ; les malades deviennent haletantes au moindre effort corporel ; cela n'indique pas l'approche de la phthisie ; car ces phénomènes sont très-communs même à un degré léger de la maladie et dans sa première période, alors que rien n'existe encore dans le poumon : on peut l'attribuer à une sorte d'excitabilité ou d'irritabilité dépendant de l'anémie. Je n'ignore point qu'il y a une grande différence à ce sujet selon que la chlorose existe chez un enfant ou chez une personne adulte ; il ne faut pas oublier cependant, que l'embarras et la gêne de la respiration sont deux symptômes presque constants de la chlorose quel que soit l'âge du sujet.

La pâleur de la surface du corps mérite beaucoup d'attention, plutôt comme indice de la protraction de la maladie et de l'inefficacité des remèdes que de son intensité, ou de l'improbabilité de sa guérison. Il n'y a pas de symptôme plus facile à dissiper que la pâleur ; cette remarque s'applique également aux lèvres, à la membrane de la bouche et aux gencives. L'état saburral et de gonflement de la langue exigent plus de temps à être dissipé : cela s'explique par les rapports de cet organe avec l'estomac et les intestins. Il ne faut pas s'attendre que, l'affaire aussitôt gagnée par une vigoureuse attaque sur la maladie, celle-ci quitte le terrain sans quelques récidives. J'ai souvent pensé qu'aussitôt la première amélioration produite, la cure serait rapidement obtenue. Il n'en a rien été cependant ; et l'on serait facilement désappointé si l'on s'attendait à cela. Il importe pour triompher complétement du mal de persévérer dans le traitement, car il ne faut pas oublier que pour en obtenir la guérison, il faut d'abord modifier le sang dans sa qualité et dans sa quantité ; ce n'est que de la sorte qu'on modifie la vitalité de l'organisme et qu'on remet les fonctions à leur type normal. La guérison n'est parfaite qu'autant que la nutrition devient naturelle, et que toute irritabilité, tout dérangement fonctionnel est dissipé. Il importe en attendant de faire remarquer au jeune médecin et aux parents de la malade qu'une teinte plus ou moins ictérique qui peut se montrer à la surface du corps n'indique pas que le foie soit sérieusement attaqué, et que cette circonstance ne réclame pas les remèdes mercuriaux.

F. *Altérations pulmonaires.* — J'arrive maintenant à la forme la plus grave de la maladie, à la chlorose compliquée de lésion organique du poumon.

C'est une question de la plus haute importance que de savoir si la phthisie est une conséquence de la chlorose et de l'aménorrhée, ou bien si ces dernières ne sont qu'un symptôme de la première affection, ou du moins de la disposition préalable de l'organisme à la phthisie. Cette prédisposition peut rester cachée, pour ainsi dire, jusqu'à l'époque de la puberté, se montrer alors et envahir tout l'organisme. Un de ses effets peut être le manque d'énergie vitale, le développement imparfait du caractère sexuel, et ce défaut de la puberté conduira à la chlorose et à l'aménorrhée. Attendu la période de la vie à laquelle l'individu est arrivé, ces dernières affections semblent les plus culminantes, mais elles ne sont pas la maladie principale. Pourtant on ne doit pas s'étonner que la chlorose attire principalement l'attention du médecin ; c'est là la maladie la plus saillante, particulière à cet âge ; les signes de la phthisie ne sont encore qu'à peine sensibles, et l'on espère, d'ailleurs, que ces symptômes se dissipent comme les autres par l'apparition des règles.

Je ne nie pas que quelquefois l'altération phthisique des poumons ne puisse être la conséquence de la chlorose et de l'aménorrhée ; mais dans la majorité des cas, la chlorose ne fait autre chose, selon moi, qu'exciter, mettre en activité la prédisposition latente à la fatale maladie. Ce qui prouve cette assertion, c'est qu'on voit rarement les autres complications se convertir en celle-ci. Il peut y avoir des hémorrhagies abondantes, des écoulements leucorrhéiques de longue durée, de la céphalalgie intense, de l'hystérie, et même des attaques épileptiques, des dérangements profonds des voies digestives, et de l'émaciation plus ou moins avancée ; mais jamais le mal ne se termine par la phthisie. La malade guérit de tous ces accidents sans jamais faire craindre la consomption. Il y a plus ; le mal dure quelquefois très-longtemps, sans que la patiente présente jamais

de toux, ni douleur de côté, ni expectoration ; si distincte est la ligne de séparation entre cette complication et les autres.

D'après ces considérations, je pense que la lésion organique du poumon est le plus souvent liée, soit avec la chlorose, soit avec la chlorose et l'aménorrhée. Une jeune fille, par exemple, appartenant à une famille de race phthisique, arrive à l'âge de la puberté, et devient légèrement chlorotique ; ensuite, au lieu de se dissiper, ce symptôme persiste, il se déclare de plus en plus ; les règles ne viennent pas, ou bien elles paraissent une ou deux fois très-imparfaitement. Il est clair qu'il y a dans ce cas de quoi s'inquiéter, non par ces symptômes uniquement, mais parce que l'anémie et le défaut de vitalité dans lesquels se trouve l'organisme, ne peuvent que favoriser la prédisposition fâcheuse de l'affection pulmonaire. Les sujets ainsi conditionnés ne sont pas tout à fait sans appétit ; le dérangement des organes digestifs n'est pas chez elles le symptôme le plus culminant ; leur cerveau ne sympathise pas fâcheusement ; souvent même elles offrent une absence complète d'hystérie, mais leur pouls est fréquent, l'action du cœur irrégulière, la respiration accélérée et difficile ; elles éprouvent de la douleur thoracique plus ou moins prononcée, surtout des points de côté ; toux courte et saccadée, et de l'émaciation. Ces malades expectorent le matin et éprouvent de la transpiration la nuit. Ces symptômes sont progressifs et bientôt la médecine devient tout à fait impuissante sur la marche fatale de la maladie.

Ces exemples ne sont malheureusement que trop fréquents, et ce n'est pas sans raison que je désire appeler l'attention des praticiens sur cette forme de la chlorose. Les vicissitudes du climat de l'Angleterre prédisposent singulièrement à cette maladie, et la physiologie rend très-bien compte pourquoi, à l'époque de la puberté, la chlorose et l'aménorrhée se terminent si souvent par la mort chez ces sujets. Si l'on demandait maintenant qu'est-ce que les symptômes ci-dessus indiquent, je répondrais : une chlorose compliquée de tendance à la phthisie. Et si l'on demandait, en outre, quelles sont les chances de guérison en pareille occurrence, il ne faudrait répondre qu'avec beaucoup de circonspection.

Il serait inexact de dire que des sujets conditionnés de la sorte ne guérissent jamais ; mais il est toujours convenable de n'avancer qu'une opinion douteuse à cet égard. Si la force constitutionnelle augmente, le sang peut éprouver les modifications convenables, les symptômes se dissiper, et la santé se rétablit petit à petit. Un symptôme d'amélioration d'une grande valeur est la diminution de la vitesse du pouls. Tant que le pouls est à 130, 120, 110 par minute, il ne faut pas compter encore sur une amélioration réelle. De toutes les complications, celle-ci est la plus invariablement liée à l'état de fréquence du pouls. Il ne faut pas cependant se faire illusion à ce sujet, ce symptôme peut être trompeur comme dans toute autre période de la phthisie.

La malade ne voit pas la gravité de sa position, et l'affection marche quelquefois si insidieusement, que les parents ne voient aucun danger de mort. Le médecin, cependant, ne doit point oublier que tant que le pouls est fréquent, la toux courte et saccadée, et la nutrition légère, le danger est réel. Si, au contraire, le pouls se ralentit, devient plein et mou, la toux moins fréquente, la fièvre nulle, la nutrition bonne et l'esprit gai, on peut avoir quelque espoir de guérison.

Traitez soigneusement une pareille malade ; évitez le mercure, les purgatifs drastiques et les emménagogues ; placez-la à la campagne pour respirer l'air pur ; prescrivez-lui une alimentation simple et bien nourrissante (lait, substances animales), quelques médicaments toniques, etc., et vous pouvez espérer que le temps lui sera favorable ; la menstruation et les autres caractères sexuels peuvent se rétablir parfaitement.

Il ne faut pas déduire de ce qui précède que ce soit là la seule complication fatale de la chlorose ; mais comparativement parlant, les autres ne se terminent que rarement par la mort. Néanmoins, après un dérangement prolongé des voies digestives, la faiblesse, la fièvre et l'émaciation peuvent se lier intimement avec l'altération organique du poumon. La toux, l'expectoration et les sueurs matutines peuvent prendre le dessus et amener une terminaison fâcheuse.

J'ai essayé de distinguer les circonstances morbides appartenant aux différentes formes de la maladie principale ; mais je désire faire comprendre que ma tâche est encore loin d'être accomplie : d'autres considérations deviennent indispensables.

En traçant les caractères distinctifs de la maladie, il ne sera pas difficile de reconnaître ses différentes complications. Néanmoins, lorsque chacune de ses formes a existé longtemps, et que l'état du malade est devenu grave, le diagnostic peut offrir du doute. Il est bon de faire remarquer, en attendant, que la leucorrhée, à quelque degré qu'elle existe, est toujours un symptôme de la chlorose et de l'aménorrhée ; et que, quand elle est excessive, elle affaiblit singulièrement la force réparatrice ; aussi est-il absolument nécessaire de la traiter à part.

Il n'est pas sans importance de déterminer les âges différents auxquels ces différentes complications ont fréquemment lieu.

La chlorose seule, indépendante de l'aménorrhée, est une maladie des premières années de la vie.

La chlorose, jointe à la suspension des menstrues, peut se rencontrer à toutes les époques, entre l'âge de la puberté et la cessation de la fonction cataméniale.

La chlorose compliquée, de phthisie ne se voit qu'entre la puberté et la trentième année, quelquefois peut être plus tard, mais ces exemples sont très-rares, comparativement à l'époque antérieure de vingt ans.

La chlorose compliquée d'aménorrhée ou bien de phthisie dans le jeune âge, est ordinairement accompagnée de délicatesse et de débilité générale, tandis que les autres complications peuvent exister à toute autre période de la vie, et sont souvent combinées à des pénomènes de congestion ou de pléthore.

## § IV. Traitement.

J'arrive à présent à la dernière partie de ce mémoire, au traitement.

J'ai déjà dit que pour être employé avec succès, le traitement doit être fait de bonne heure et poursuivi pendant longtemps avec persévérance.

J'ai aussi fait observer que cette maladie se rattache à tout l'organisme et nullement à un organe en particulier, et qu'elle porte son action sur la vitalité générale de la constitution. Si le principe animalisant était sain, si le sang était assez abondant et vitalisé, il n'y aurait pas de chlorose; et pourtant cette maladie constitutionnelle produit souvent de tels dérangements de fonctions, de telles affections dans certains viscères, qu'elle demande parfois un traitement local et général en même temps.

On conçoit par conséquent combien de sagacité et de tact il faut pour bien diriger un traitement antichlorotique. Il importe non-seulement de ne pas employer des médications contradictoires qui se neutralisent entre elles, mais encore de proportionner le tout à la nature des complications qu'on doit bien discerner, et aux différentes périodes de l'affection.

Il résulte de ces considérations que le traitement doit varier selon le caractère particulier de la maladie.

1° Dans la chlorose légère, simple ou compliquée d'aménorrhée, les remèdes constitutionnels seuls suffisent: ils doivent avoir pour but de fortifier la santé générale et de rétablir la puberté. Lorsque ces points auront été gagnés, si la fonction utérine tarde à se remettre, ce retard peut quelquefois dépendre de l'espèce de torpeur dans laquelle se trouvent les organes de la reproduction : les emménagogues peuvent alors être heureusement employés.

2° Lorsque la chlorose est compliquée différemment, il arrive souvent que les organes, ou la partie de l'organisme principalement impliquée, offrent des symptômes si imposants qu'ils masquent la chlorose primitive et sa compagne, l'aménorrhée. Il ne faut pas oublier cependant que ces dernières ont été la source des complications, le sol sur lequel les complications se sont développées. Le traitement dans ce cas réclame des modifications; il doit être nécessairement moins constitutionnel et prendre pour quelque temps le caractère symptomatique ou local.

3° Enfin, quand on craint ou on suspecte l'altération organique du poumon, c'est contre cette complication que les vues du praticien doivent se diriger principalement; le danger est ici fort grand, c'est lui qu'il faut conjurer avant tout. Il ne faut cependant pas oublier que si la puberté peut se développer assez pour établir au moins en partie la menstruation, cette formidable complication peut disparaître.

Il est donc évident qu'une action combinée est nécessaire pour bien réussir dans le traitement. La médecine seule ne peut pas tout faire; et pourtant, les autres mesures sans la médecine échouent le plus souvent. Si l'on veut se rappeler que la maladie est protéiforme et qu'elle offre des degrés variables, l'on comprendra que des efforts constants deviennent nécessaires, non-seulement en variant les anciennes ressources, mais encore en employant les nouvelles.

Le traitement de la forme la plus commune de la chlorose, de celle qui accompagne l'époque de la puberté, peut être regardé comme le type de la médication de toutes les autres; en ayant égard, bien entendu, aux modifications particulières dont nous venons de parler. C'est ici, au premier début de la maladie, lorsque son caractère n'est pas compris, ou lorsqu'elle est traitée empiriquement, qu'on commet la plus grande erreur. On la regarde comme une lésion locale et l'on méconnaît l'affection constitutionnelle. Beaucoup de ces infortunées sont sacrifiées aux vains et ignorants efforts qu'on fait pour établir la menstruation.

Le mercure, les purgatifs drastiques et les emménagogues sont employés avec profusion: on détruit de la sorte le reste de la force constitutionnelle et l'on fait irrévocablement marcher le mal vers la phthisie.

Je n'ai pas l'intention d'amplifier davantage ce mémoire, déjà trop long, en commentant certaines erreurs qu'on commet tous les jours dans la direction du physique des jeunes personnes. Je ne puis cependant pas m'empêcher d'appeler l'attention sur le régime, l'air, l'exercice et les habillements qu'on prescrit aux jeunes personnes. On conviendra que si, dans ces particularités, l'on s'écarte beaucoup des préceptes de la nature et du bon-sens, on court grand risque de débiliter la constitution et de la prédisposer à la maladie.

Dans notre climat, cela exige de la part des institutrices une instruction particulière, de la prudence et de la vigilance, et je suis du nombre de ceux qui pensent qu'il est à peine possible de bien connaître ces choses quand on ne les a étudiées que superficiellement. Si les usages nationaux à cet égard pouvaient être changés, la chlorose, la puberté imparfaite et l'aménorrhée deviendraient rares, tandis qu'elles ne sont malheureusement qu'extrêmement fréquentes, surtout dans les familles des classes élevées et moyennes.

La chlorose est une affection rare dans les contrées rurales. Là les jeunes personnes vivent à l'air ouvert; pour elles, il n'est pas honteux de se promener à pied et de courir, ni contraire aux bienséances de jouer, de s'amuser avec activité et vigueur. Chez elles la constitution acquiert de l'énergie, chaque organe prend le développement naturel, le fluide vital est abondant et d'excellente qualité, la nutrition saine; et la puberté se développe complétement et sans difficulté.

Ces remarques peuvent servir de règle de conduite pour traiter la simple chlorose aménorrhéique. Bien qu'il soit à peine possible de présenter une histoire succincte et spécifique de la pathologie de cette complication ni des autres, il n'est pourtant pas difficile de décrire avec simplicité et exactitude l'ordre des phénomènes morbides et des moyens à l'aide desquels on peut les apaiser, sinon les guérir.

J'ai déjà établi que la maladie a pour base une sorte d'anémie générale. On peut régarder cette anémie comme un véritable peloton dont le déroulement donne naissance aux symptômes ci-devant indiqués. Cela explique toujours la nature de la maladie, qu'elle soit bornée aux systèmes généraux, aux organes en particulier, à des tissus spéciaux, ou bien dans les fluides de l'économie.

Afin de procéder avec méthode, je commence le

traitement par porter mon attention sur les organes digestifs; car je regarde le désordre de ces organes comme une cause qui seconde singulièrement les progrès de la maladie. L'avantage de leur amélioration ne se limite pas à eux-mêmes; la qualité détériorée du sang et son défaut de quantité doivent leur origine à l'état d'imperfection des organes digestifs. La teinte jaunâtre de l'organe cutané fait souvent croire à une maladie du foie; cependant la palpation abdominale, l'inspection des urines et des matières fécales démontrent le peu de fondement de cette croyance.

Je commence donc par rétablir les sécrétions journalières, le tube digestif. Il est cependant de la plus haute importance de bien choisir les substances propres à remplir cette indication. Si vous donnez les mercuriaux et les drastiques souvent et à fortes doses, vous irriterez le tube intestinal, les évacuations sont muqueuses, malsaines, comme indigestes et quelquefois même sanguinolentes. D'un autre côté, si la purgation est excessive, si l'on ne fait que cela pour tout le traitement, il en résulte une débilité, une sorte d'épuisement, et, au lieu de s'améliorer, les symptômes s'aggravent et deviennent alarmants. Les meilleurs moyens pour remplir cette indication sont alors, la rhubarbe, le sulfate de soude et la manne. Si l'administration d'un remède altérant est jugée nécessaire, c'est l'*hydrargyrum cum creta* qu'il faut choisir.

Il ne faut pas oublier en même temps que l'injection d'une pinte d'eau chaude dans le rectum, une, deux ou trois fois par semaine, est le meilleur des remèdes pour aider le mouvement péristaltique et le déchargement du gros intestin. La décoction composée d'aloès avec la teinture de cardamome; le vin d'aloès avec la teinture de rhubarbe; telles sont les formes que je préfère pour l'administration de ces remèdes. Une chose fort importante est de bien combiner les médicaments évacuants aux doux cordiaux. La formule suivante est celle qui m'a donné les meilleurs résultats.

Prenez: poudre de rhubarbe, demi-gros.
sous-carbonate de magnésie, demi-gros.
conf. arom., un scrupule.
eau de cinnamome, neuf gros.
teinture card. c., un gros. m. f. potion à répéter deux à trois fois par semaine.

Plus. Pr. sulfate de soude, demi-once.
poudre de rhubarbe, deux gros.
sous-carb. de magn.
sous-carb. de soude, *ana* trois gros.
poudre aromatique, demi-gros. m. f. des paquets de poudres laxatives.

Il est à peine nécessaire de faire observer qu'à ce premier moyen on doit joindre des habillements chauds, des exercices réguliers à pied, à cheval, etc. Aussitôt que la répugnance pour ces moyens a été vaincue, on retirera un grand avantage du régime de substances animales et de quelques boissons stimulantes.

L'amélioration des voies digestives est annoncée par le retour de l'appétit, le meilleur état des intestins, les évacuations journalières naturelles, et la diminution de la teinte chlorotique; dans quelque cas rare par l'apparition de la fonction cataméniale.

C'est à cette époque, et à cette époque seulement, que les préparations de fer sont indiquées. Le sulfate est probablement le plus efficace de tous dans cette maladie. Si l'on renversait cet ordre dans la médication; si le fer était employé avant la modification convenable du tube digestif et le nettoiement de la langue, on verrait les symptômes de la maladie empirer. Les préparations de fer ne sont utiles, d'après mon expérience, que lorsque le mal a été simplifié et qu'il ne reste à combattre que la débilité et la pâleur. J'en prescris un, deux grains (deux ou trois fois par jour), combiné avec l'extrait de houblon, la confection aromatique et un seul grain d'extrait de pavot ou de jusquiame. Les effets du fer sont vraiment magnifiques quelquefois, surtout lorsqu'il ne constipe ni occasionne de chaleur fébrile.

Voici la formule dont je me sers :

Pr. Fer ammon., demi-gros.
Extrait de houblon,
—de pavot blanc, de chacun, quinze grains.
Huile de casse, quinze gouttes; f. pilules, vingt-quatre.

La malade en prend une, deux ou trois fois par jour.

Si l'organisme est dans un état de torpeur, que la malade ait des flatulences, de l'hystérisme, je fais joindre à chaque dose de pilules une cuillerée à thé de la mixture suivante, que la malade prend dans un peu d'eau.

Pr. Teinture de houblon et de gentiane, une demi-once.
Teinture de.... (Lyttæ), un gros.
Esprit ammonn. arom., 3 gros m.

Il est impossible de décrire minutieusement chaque circonstance qu'exige la direction de ce traitement. Il suffit cependant de ne jamais perdre de vue les particularités et l'anémie de la chlorose; il ne sera pas alors difficile de varier et de modifier le traitement. Dans quelques cas, le fer ne peut être donné du tout, ou bien il ne peut être administré à dose convenable, ni sous la forme la plus avantageuse. Ces circonstances, et un grand nombre d'autres, demandent une attention toute particulière. Le quinine, la salsepareille, la gentiane et le zinc sont des remèdes dont la puissance est reconnue; dans des cas, cependant, où le sulfate et les autres préparations de fer ont été nuisibles, j'ai donné avec le plus grand succès la préparation suivante, une ou deux fois par jour.

Pr. Sous-carbonate de fer, huit grains.
Ipécac. en poudre, 1 gr.
*Hydrargyrum cum creta*, 2 gr. m. f. paquets.

J'ai déjà appelé l'attention sur la nécessité de continuer la cure dans la suite de la maladie. Je dirai ici maintenant que l'espoir de la guérison doit être

basé, non sur la vigilance d'une semaine, mais sur la persévérance et le savoir invariables pendant plusieurs mois sur tous les points du plan que nous venons de tracer, tant pour la médecine que pour l'air, le régime et l'exercice. Je ne dirai rien des avantages qu'on peut retirer du voyage ; tout le monde sait que rien ne contribue plus à l'amélioration de la santé que le changement de scène, d'air et de température. Les eaux ferrées sont quelquefois singulièrement efficaces. Le voyage par mer a, d'après ma propre observation, produit souvent des guérisons inespérées ; il a fait développer parfaitement non-seulement la puberté, mais encore la menstruation.

Voici maintenant une question : à quelle époque du traitement les emménagogues peuvent-ils être employés ?—Lorsque la santé générale a déjà éprouvé une grande amélioration, que la pâleur a diminué, que le canal digestif est revenu à ses fonctions régulières, et que le sang a été heureusement modifié, et dans sa quantité et dans sa qualité. Le fer même est souvent un emménagogue efficace. L'usage habituel, le soir, des bains de siége moutardés, les douches ou irrigations d'eau salée autour du bassin et aux lombes, excitent favorablement l'utérus, et provoquent la fonction cataméniale.

Les injections ammoniacales dans le vagin, composées d'un gros d'ammoniaque liquide pure dans une pinte de lait, nous réussissent très-souvent à l'hôpital. On les répète une fois par jour.

Je sais bien que des modifications à ce plan de traitement peuvent devenir nécessaires lorsque la chlorose est compliquée d'aménorrhée. D'autres précautions peuvent être prises dans le choix du temps pour l'administration des émménagogues; mais ce sont là des choses faciles à saisir sans d'autres détails.

Nous avons essayé à l'hôpital et même en ville l'iodure de fer sur une grande échelle ; les résultats ont été des plus heureux, surtout lorsque des engorgements glanduleux et autres signes de scrofule existaient conjointement à la chlorose.

Voici la formule que nous avons employée.

Pr. Iodure de fer, seize gr.
Teint. de gentiane C., 1 once.
Eau distillée, 7 onces m.

La malade en prend deux grandes cuillerées, deux ou trois fois par jour.

Le iodure de fer occasionne souvent des maux de tête, des vertiges, des nausées, de la chaleur et une sensation de poids à l'hypogastre. Ces symptômes se dissipent si l'on fait prendre une cuillerée à thé de carbonate de magnésie tous les soirs. Il est bon quelquefois d'interrompre l'usage du médicament ou d'en diminuer la dose.

On a, dans le but de faire venir les règles, appliqué tous les deux jours, trois ou quatre sangsues aux mamelles; mais les essais n'ont été que fort douteux ; j'en dirai autant des cataplasmes de moutarde aux mamelles.

Le mariage guérit souvent la chlorose et l'aménorrhée ; ses bons effets, cependant, ne sont pas certains ni invariables; il n'est pas rare de voir la maladie s'aggraver sous l'influence du mariage. Une illusion passagère est tout ce qui constitue son influence médicamenteuse ; mais, dans la chlorose du jeune âge, une pareille illusion est impossible et éloignée, et même dans un âge plus avancé, une pareille influence n'est pas sujette à la discussion ni au contrôle du médecin. Il importe seulement de rappeler que la chlorose présente un grand nombre de variétés, et que le praticien doit toujours distinguer les cas simples des cas compliqués.

L'électricité doit être aussi mentionnée au nombre des moyens emménagogues, et je pourais citer un grand nombre de faits qui me sont propres sur l'action heureuse de cet agent.

Le traitement des complications de la chlorose exige des investigations étendues et éclairées. On n'a peut-être pas encore assez insisté sur ce qu'il faut voir sur l'hystérie et la chorée qui compliquent la chlorose. La première accompagne presque toujours à des degrés variables la maladie chlorotique ; tandis que la chorée, au contraire, s'observe rarement après l'âge de 16 à 18 ans, et plus rarement encore après l'âge de 20.

Les données relatives au traitement des diverses complications de la chlorose se trouvent consignées dans les faits pratiques que je vais rapporter. J'ai agi à dessein de la sorte afin de faire trouver le précepte à côté de l'exemple, et rendre plus intéressante la lecture des observations cliniques.

Je ne terminerai pas ces considérations sans faire remarquer que la marche de ces affections est souvent interrompue. Des traces domestiques, des vexations ou des chagrins d'autre nature, occasionnent souvent des rechutes, et la malade, aussi bien que ses parents, perdent souvent courage. Des attaques répétées de froid, des écarts de régime, la négligence pour le libre entretient des garde-robes provoquent également des récrudescences. En voilà assez pour les considérations dogmatiques ; arrivons aux faits pratiques.

## PREMIÈRE CATÉGORIE DE FAITS.

### CHLOROSE SIMPLE ET CHLOROSE COMPLIQUÉE D'AMÉNORRHÉE.

Obs. I (recueillie par M. Oldham). — Marie, âgée de 14 ans, est venue à la consultation de l'hôpital, le 6 janvier 1835. Sa mère raconte que sa fille a eu dès l'enfance une organisation délicate, et qu'elle a été maladive, sujette à la toux avec expectoration muqueuse et points de côté. Elle offre tous les symptômes de la chlorose : son visage est pâle, la surface du corps est froide surtout aux membres inférieurs ; les mains et les bouts des doigts sont livides ; émaciation générale. La puberté avait eu lieu d'une manière incomplète ; les mamelles sont peu développées ; pouls 120, faible ; respiration fréquente et courte; toux continue et incommode toutes les nuits, avec légère expectoration muqueuse ; constipation habituelle, devoiement quelquefois ; appétit capricieux, dégoût des substances animales ; la malade ne désire que des pâtés, du thé, du pain et du beurre pour aliments. Elle a deux sœurs plus agées qu'elle qui ont offert les mêmes symptômes à l'époque de la puberté.

La langue est chargée et tuméfiée; la muqueuse buccale pâle et mordue facilement par les dents.

La malade habitait une rue étroite, couchait dans une chambre petite dans laquelle il y avait trois lits.

De temps en temps elle éprouve un écoulement leucorrhéique. L'urine est rare et haute en couleur.

PRESCRIPTION. Pilule de rhubarbe tous les soirs, cinq grains.
Julep ammon. et magnés., une once deux fois par jour (1).
Se nourrir de substances animales et d'arrow-root.
Habiter un endroit bien aéré si cela se peut.

16 *Janvier*. La jeune personne a pris du froid, mais ses voies digestives sont mieux. On prescrit la continuation des mêmes remèdes.

26 *Janvier*. Les voies digestives sont en bon état; leurs fonctions s'exécutent assez régulièrement. La pâleur est moins prononcée; le pouls n'excède pas 38 pulsations, il est plein et mou; la langue s'est éclaircie. On lui prescrit de continuer le sirop ammoniacal avec la magnésie, deux à trois fois par semaine, et l'on ajoute la potion suivante :

P. Iodure de fer. 18 grains.
Teinture de gentiane. 1 once.
Eau distillée. 7 onces.
A prendre une grande cuillerée trois fois par jour.
Boire une pinte d'ale par jour.
Se nourrir de substances animales.

10 février. Grande amélioration. La malade se plaint de céphalalgie et de battements aux tempes. Pouls 80, plein; ventre plutôt constipé. On suspend la potion ferrée pour quelques jours, et l'on prescrit dix grains de coloquinte et une pilule de calomel tous les soirs.

17 février. Fonctions intestinales tout à fait régulières; les symptômes cérébraux ont diminué; la malade se plaint de langueur et de faiblesse. On revient aux prescriptions précédentes de l'iodure de fer avec le sirop ammoniacal et la magnésie. On conseille à la malade d'aller à la campagne et de rester à l'air ouvert autant que possible.

1 mars. Amélioration sous tous les rapports. On prescrit des bains de siége moutardés tous les soirs.

8 mars. La menstruation s'est déclarée et a duré trois jours avec très-peu de malaise. L'amélioration de l'état de la jeune personne est tellement progressive qu'on suspend tous les médicaments. Guérison durable.

La médication suivie dans ce fait offre trois époques distinctes :

1° Rétablissement des fonctions digestives à l'aide de deux purgatifs tonifiants. La combinaison de la magnésie, du sirop ammoniacal et de la rhubarbe à doses petites mais répétées, est une idée fort heureuse; et l'attention que le praticien doit porter sur l'état du pouls ou sur la lenteur et la plénitude des pulsations n'est pas moins digne de méditation.

2° Tonification de la vitalité générale au moyen de préparations minérales. C'est une idée fort heureuse que celle d'administrer dans les maladies de langueur l'iode combiné au fer. L'expérience a déjà prouvé que les iodures sont en général plus efficaces que l'iode pur, et M. Baudelocque s'est assuré à l'hôpital des Enfants que l'iode combiné au fer (iodure de fer) était le meilleur des remèdes pour remplir le but dont il s'agit.

3° Enfin provoquer artificiellement l'écoulement menstruel par des stimulations locales. Les bains de siége sinapisés valent beaucoup mieux que les ventouses; c'est une sorte de rubéfiant qui agit sur tout le bassin et appelle une certaine congestion dans tous les organes de cette partie, et en particulier dans tout le tissu cutané qui se continue avec la muqueuse vaginale et utérine.

OBS. II (recueillie par le même). — Jane Griffin, âgée de 19 ans, native de Londres, de stature ordinaire, cheveux blonds, beaux traits, yeux bruns, a été reçue le 2 mai. Elle a été réglée à 16 ans pour la première fois; ses menstrues sont revenues régulièrement toutes les trois semaines, jusqu'aux deux mois derniers. La seule circonstance remarquable des règles était la couleur claire du sang. Sa santé ne s'était positivement altérée que depuis deux mois; elle se plaint, depuis cette époque, de céphalalgie, douleur aux côtés, langueur et agitation générale. Les règles manquent depuis le temps indiqué. Ces symptômes ont pris de l'accroissement, et, à son entrée, la malade offre l'état suivant :

Surface du corps uniformément jaunâtre; sur quelques points, cette couleur est tout à fait ictérique. Auréole noire autour des yeux et bouffissure de la peau de ces parties. La muqueuse labiale, gencivale, buccale et gutturale est exsangue. Langue flasque, molle et mordue sur les côtés par les dents molaires. Ongles cassants et épiderme environnant en exfoliation. Les jambes ne sont pas gonflées. Dyspnée considérable au moindre exercice corporel; la malade se fatigue très-aisément. Appétit capricieux, mais le goût n'est pas vicié. Constipation. Pulsations du cœur très-fortes; pouls plein. Pas de leucorrhée. Aucune douleur fixe dans l'abdomen.

PRESCRIPTION. — Coloquinte et calomel dix grains. *statim*.

6 mai. Ventre libre. Fort peu de changements dans les symptômes précédents; la surface du corps

---

(1) Le sirop ammoniacal dont parle M. Ashwell est un excellent stimulant, mais il a l'inconvénient d'être fort désagréable à prendre et difficile à conserver, à cause de la prompte évaporation de l'alcali volatil. Chez plusieurs jeunes personnes chlorotiques auxquelles nous avions prescrit ce sirop, nous avons été obligé d'en suspendre l'usage. Un pharmacien de Paris, M. Guillard, est parvenu cependant à concréter l'ammoniaque et nous rendre facile et commode l'administration du remède. En voici la formule :

Prenez : Sous-carbonate d'ammoniaque. 116 grains.
Sucre. 2 onces.
Mucilage q. s. f. s. l'a. pastilles 58.

Les malades prennent quatre à quinze de ces pastilles par jour. (*Note du réd.*)

est exsangue. Léger écoulement leucorrhéique. Bruit de soufflet au cœur.

Prescript. — Pr. Iodure de fer 16 grains.
Exrait de colomb. 1 once.
Eau . . . . . 8 onces, diss.
A prendre deux grandes cuillerées deux fois par jour.
*Habeat cerevisiæ oct. ss. quotidie.*

On continue cette médication jusqu'à la fin du mois et l'on donne, de temps en temps, quelque petit purgatif. A cette époque, l'amélioration est déjà très-remarquable, l'appétit est bon; les sécrétions sont naturelles; mais le visage est encore pâle; la surface du corps pourtant n'est plus jaune, et l'auréole noire des yeux a complétement disparu. La malade demande à sortir et à continuer le traitement chez elle. Une semaine après, les règles reparaissent. L'amélioration continue et la surface du corps se colore petit à petit. Guérison.

Le caractère de la flaccidité de la langue et de sa susceptibilité à être mordue est assez remarquable et n'avait encore, à ce que nous sachions, été noté par personne; il en est de même de l'état de fragilité des ongles et de l'exfoliation de l'épiderme. On voit, d'ailleurs, dans cette observation, l'immense influence salutaire de la préparation ferro-iodée.

Obs. III (recueillie par le même). — Harriet, âgée de 18 ans, d'une constitution strumeuse, de petite stature, mince, disposée plutôt à l'émaciation, a été reçue le 11 mai. Elle est native de Londres, n'a jamais quitté cette ville et a été en maison comme domestique. Dès son enfance, elle a été délicate, mais jamais elle n'a eu de maladie. A l'âge de 61 ans, ses règles ont paru, mais leurs retours n'ont pas été réguliers. Depuis cinq mois, elles n'ont plus reparu du tout, et, dès cette époque, la jeune personne est devenue malade. Elle se plaint de douleurs vagues dans la poitrine, à gauche et au dos, quelquefois de douleurs aux lombes, qui se prolongent aux cuisses. Céphalalgie intense, vertiges, mouches voltigeantes devant les yeux, bruits auriculaires et autres symptômes indiquant un trouble dans la circulation cérébrale. Ses bras sont quelquefois engourdis, et les doigts comme morts, de manière que la malade ne peut serrer aucun objet. Ses manières sont brusques et les mouvements de ses membres offrent parfois quelque chose de choréique. Plusieurs de ses dents se sont cariées depuis quelque temps. Ses jambes gonflent. Appétit léger et capricieux, pupilles dilatées. Pâleur générale. Garde-robes régulières par suite des purgatifs que la malade a pris en ville.

Prescription. — Potion ferro-iodée, comme dans le cas précédent.

16 mai. La malade est beaucoup mieux; ses fonctions, ses forces sont en meilleur état, et sa pâleur est moindre. Elle se plaint de dyspnée à chaque exercice qu'elle fait. Garde-robes régulières. Pouls petit, accéléré et vibrant. On conseille la continuation de la potion ferrée, habillement de laine, exercice corporel tous les jours.

Sous l'influence de ce traitement, les fonctions s'améliorent, les forces augmentent, la surface du corps se colore, l'embonpoint devient progressif. La malade se plaint de temps en temps de céphalalgie; les purgatifs la soulagent.

4 juillet. Guérison complète.

Ce fait diffère du précédent : 1° par l'état scrofuleux de la constitution; 2° par la préexistence des règles; 3° par le rétablissement normal de la fonction cataméniale sans remèdes emménagogues.

Obs. IV (rédigée par M. Foote). — Charlotte, âgée de 36 ans, non mariée, cheveux et yeux noirs, aspect chlorotique. Ses menstrues sont irrégulières depuis sept ans; elles ont tantôt manqué cinq à six mois, tantôt coulé en très-petite quantité. Elle offre les symptômes suivants : palpitations, dyspnée, toux, douleurs à la poitrine, aux lombes et entre les épaules; jambes œdémateuses, inappétence, pouls 80, mais mou; langue propre, constipation.

Prescription. — Prenez : Julep ammon. et magn., et teint. de card.
1 drachme, trois fois par jour.
Régime de substances animales. (*Arrow root.*)

Le 20 juin. Appétit meilleur. Persistance des douleurs lombaires et au dos.

Prenez : Potion ferro-iodée *ut suprâ.*
Pour boisson; une pinte de porter par jour; une once et demie de vin.

Prenez : Poudre de rhubarbe.
Teinture de castoreum.
Esprit de lavand. co ana. 1 once.
Sous-carb. d'ammon. 1 scrupule.
Eau de cinnamome. 8 onces.
A prendre deux grandes cuillerées trois fois par jour.

26 juillet. Le visage est de moins en moins chlorotique. Amélioration sous tous les rapports.

Prenez : Infus. de gent. comp.
Infusion de séné, ana, 4 onces, à répéter deux fois par jour.

4 août. Retour des règles; elles durent trois jours. La malade se plaint de céphalalgie.

12 août. L'état chlorotique est entièrement disparu; la malade se sent beaucoup mieux.

6 septembre. La malade est bien portante. Second retour des règles en quantité convenable; elles durent quatre à cinq jours. La toux, la dyspnée et les palpitations sont disparues complétement depuis plus d'un mois. Guérison durable.

Ces faits, que j'ai choisis au milieu d'un grand nombre d'autres pareils, sont suffisants, je présume, pour confirmer ce que j'ai déjà établi dans le fond de ce mémoire, surtout l'importance d'attaquer le mal de bonne heure et d'une manière persévérante. La négligence dans ce cas aurait, sans le moindre

doute, permis à la maladie de s'aggraver sérieusement, ou au lieu d'une cure solide et facile, elle aurait rendu le traitement difficile, sans succès, et le mal serait devenu dangereux. Il est digne de remarque que le fer ne réussit pas chez tous les individus; et bien que ses effets soient plus directement salutaires lorsqu'on n'a à combattre qu'une sorte de torpeur des fonctions utérines, néanmoins on est souvent dans la nécessité de lui substituer la quinine. Je ne puis m'empêcher de faire relever en même temps l'importance de la boisson d'ale douce ou de porter. Indépendamment de leur goût agréable comme boisson, ces substances contribuent beaucoup à la restauration des forces et de l'embonpoint. Si ces boissons ne sont pas supportées, on accordera des vins de porto ou d'Espagne, avec de l'eau chaude et un peu d'aromes, pour exciter l'estomac et favoriser les digestions.

La chaleur sur le corps est souvent difficilement supportée par les personnes chlorotiques. Comme cependant le froid débilite et qu'il cause des congestions, des vêtements chauds et de l'exercice corporel deviennent d'excellents auxiliaires du traitement.

La circulation des jeunes personnes délicates est faible et lympathiqne; leur estomac, leurs intestins se dérangent facilement. Ces circonstances contribuent puissamment à déranger leur fonction cataméniale.

## DEUXIÈME GROUPE DE FAITS.

### CHLOROSE COMPLIQUÉE D'HÉMORRHAGIES SUPPLÉMENTAIRES ET DE DÉRANGEMENT DES VOIES DIGESTIVES.

*Chlorose avec hématémèse. — Guérison.*

Obs. V (recueillie par M. J. Ridge). — Élisa est entrée le 9 août 1836. Elle est âgée de 16 ans. Constitution délicate, aspect chlorotique, joues et lèvres exsangues. Elle a toujours habité Londres et s'était assez bien portée. Depuis quatre ans elle fait un état qui l'oblige à être sédentaire (passementière); elle reste des semaines entières sans sortir une seule fois de la maison. Ses règles ont paru depuis un an; elles ont duré trois jours, mais d'un sang fort clair. Pendant six mois elles sont revenues exactement, mais leur quantité a été toujours de moins en moins abondante, et leur couleur séreuse; elles étaient accompagnées de douleurs aux lombes et dans le pelvis, et de grande lassitude. Depuis douze semaines l'écoulement s'est supprimé complétement; dès lors la malade a éprouvé de la dyspnée, de la constipation et des céphalalgies intenses. Il y a neuf semaines, elle a éprouvé une hématémèse sérieuse, qui a éte suivie de douleurs considérables à l'estomac, et de malaise après dîner: cet accès a duré quatre jours, et la malade a vomi plusieurs palettes de sang. Depuis lors elle a éprouvé des épistaxis de temps en temps. Puis le vomissement de sang est revenu une ou deux fois, mais pas d'une manière aussi grave.

A son entrée la malade se plaint de flatulences, point de côté à gauche, dyspnée, trouble du cœur au moindre mouvement, céphalalgie occipitale. La langue est pâle, humide et mollasse; pouls accéléré, petit et irritable.

Prescription. — Prendre :

1° Deux fois par semaine, en se couchant, coloquinte et calomel, 10 grains.

2° Mixture de sulfate de fer, trois fois par jour.

3° Injections vaginales tous les jours de liq. ammon. pure, une demi-once, dans une pinte de lait tiède.

4° Alimentation substantielle. Une pinte de porter par 24 heures.

20 août. Diminution de tous les symptômes. Legère épistaxis hier. Corps libre.

24 août. La malade se plaint de plénitude de l'estomac, céphalalgie, douleur sous le sein. Ces symptômes n'existent que le soir. L'apparence de la malade est moins anémique.

27 août. La malade se sent beaucoup mieux. L'appétit est bon, pouls plus fort. La céphalalgie persiste. — On prescrit de l'exercice au grand air.

30 août. Elle ne se plaint de rien. Ses joues sont un peu animées, et bien que les règles ne soient pas encore reparues, la santé générale a éprouvé une grande amélioration. La malade demande à quitter l'hôpital.

8 septembre. Elle revient à la consultation pour dire qu'elle est tout à fait bien portante, les règles sont revenues sans aucun malaise; elle est jugée guérie.

*Chlorose avec hématémèse.—Guérison.*

Obs. VI. — Élisa, âgée de 19 ans, cheveux blonds, aspect chlorotique, pâleur de cire, stature moyenne, a été reçue le 7 janvier 1836. Elle est née à Londres; domestique; elle s'était toujours bien portée jusqu'à l'année dernière. La menstruation s'est déclarée à 16 ans; elle était revenue régulièrement jusqu'au commencement de sa maladie; alors elle s'est supprimée et n'a plus reparu depuis un an. Sa santé générale était allée toujours en déclinant; émaciation progressive.

Depuis une semaine son état s'est compliqué; elle a vomi pendant trois jours une demi-pinte de sang caillé fort noir. A l'examen elle se plaint de céphalalgie, vertiges, tintement d'oreille, palpitations de cœur qui augmentent dans les mouvements du corps; point de côté constant à droite, inappétence, tuméfaction abdominale parfois, constipation et sensibilité abdominale par intervalles. La langue est propre, mais pâle et flasque; pouls 90, compressible et encore assez fort.

Prescription comme dans le cas précédent.

12 janvier. La malade se plaint de douleur au sternum et au cœur, de douleurs pulsatiles dans la tête et d'insomnie. Peau froide. Même prescription. Ventouses sèches à la nuque.

18 janvier. Mieux. La céphalalgie persiste. On électrise la malade.

23 janvier. Douleur intense dans le côté gauche, probablement hystérique; tête très-douloureuse. Garde-robes régulières. Langue propre. On suspend la potion ferrée, on lui fait prendre tous les jours une décoction d'aloès.

4 février. Amélioration. On revient à la mixture ferrée. La douleur de côté persiste: emplâtre d'opium à l'endroit douloureux.

2 mars. Retour de l'oppression à la poitrine. Réapparition de l'hématémèse; la malade vomit une demi-pinte de sang noir. Continuation des injections vaginales de lait ammoniacé; on continue aussi la potion ferrée.

La malade sort en assez bon état, mais avant la guérison complète. Elle va à la campagne, continue l'usage de la potion de l'iodure de fer. Six semaines après, les règles reparaissent, la santé se fortifie de plus en plus, et lorsqu'elle est revenue à la consultation, sa guérison était complète.

*Chlorose avec hématémèse avant l'époque de la puberté.—Guérison.*

Obs. VII. — Lucy Rebecca, âgée de 13 ans, est entrée le 14 octobre 1835. Cheveux et yeux noirs; jolis traits. Elle avait été bien portante jusqu'à ces derniers temps. Il y a deux mois, elle éprouve des vertiges, des douleurs à la tête et aux lombes, et envies de vomir; puis elle a vomi de temps en temps du sang noir caillé; ensuite elle en a rendu d'écumeux en toussant. A ces symptômes s'étaient joints des engourdissements et des picotements dans les membres, des palpitations, de la dyspnée au moindre exercice. Depuis quatre jours elle se plaint d'agitation, et de quelques fantômes qu'elle voit devant ses yeux. Elle n'a jamais été réglée. La langue est chargée à la base; pouls petit et accéléré; ventre tantôt constipé tantôt relâché.

Prescription. 1. Saignée de six onces aux lombes à l'aide de ventouses.
2. Injections vaginales tous les jours de lait ammoniacé tiède (un gros d'amm. liq. dans une livre de lait).
3. Coloquinte et calom., dix grains deux fois par semaine.

17 octobre. Les ventouses ont soulagé de la douleur des reins. Le reste continue dans le même état.

B. Mixt. magnésienne.

20 octobre. Les vomissements et l'expectoration sanguine sont moins forts. Céphalalgie. Globe hystérique. Douleur obtuse à la région lombaire.

Même prescription.

25 octobre. La malade est beaucoup mieux; mais elle se plaint toujours du mal de tête.

Empl. lyttæ à la nuque.

29 octobre. Retour de l'engourdissement aux bras et aux doigts. Inappétence. Pupilles un peu dilatées mais sensibles à la lumière. Ventre libre.

3 novembre. Physionomie maladive. Retour des maux de cœur après les repas, mais pas de vomissements. Douleurs à la tête, aux lombes et au genou droit. Ventre libre.

Prescription. — Coloq. et cal., 15 grains.
Potion précédente.

10 novembre. La malade est prise subitement de vertiges et d'obscurcissement de la vue, elle tombe sans connaissance, et reste ainsi pendant plusieurs minutes avec les mains fermées; elle n'a pas d'écume à la bouche; puis elle revient petit à petit à la connaissance. Ensuite, elle se plaint principalement de douleur à la poitrine.

Prescript. — 1. Ventouses scarifiées aux lombes.
2. Poudre de jalap, huit grains.
Scammon., six grains.
Submur. d'hydrarg., trois grains.
A prendre tous les matins.
3. Courants électriques aux lombes.

Le 12 nov., l'accès ne s'est pas reproduit. Le mal de tête a disparu. Aujourd'hui, après l'électrisation, les règles paraissent pour la première fois; pas de maux de reins ni de trouble général.

Le 21 nov., amélioration remarquable sous tous les rapports. La figure n'est point bouffie; la malade ne se plaint plus de dyspnée ni de palpitations, ni de douleurs lombaires, ni de céphalalgie. Le ventre cependant est constipé.

On prescrit des électrisations et une mixture catarthique.

Le 28, léger accès de céphalalgie; dans le reste, l'amélioration continue, l'appétit est bon; depuis plus de trois semaines, les vomissements de sang n'ont pas reparu; langue normale; léger écoulement leucorrhéique.

Application de trois sangsues à chaque mamelle; emplâtre de.... (lyttæ), à la nuque.

Le 8 décembre, la malade est saisie de fièvre catarrhale, toux légère, expectoration muqueuse. Ventre libre.

Le 15, amélioration progressive; accès de céphalalgie de temps en temps.

On suspend tous les médicaments. Application d'un séton au bras.

Le 23, le séton suppure beaucoup; la céphalalgie, les vertiges, et tous les autres symptômes ont complétement disparu. La malade se porte très-bien.

Le 31, apparition normale des règles. L'amélioration continue. Guérison complète.

*Chlorose compliquée d'hématémèse.*

Obs. VIII (recueillie par le même).—Eliza H., âgée de 24 ans, de stature moyenne, cheveux noirs, jolis traits, pâle et mince, a été reçue le 4 juillet 1835. Elle est mariée depuis neuf mois, n'a jamais été enceinte, et était employée dans une fabrique. Ses règles ont paru pour la première fois à l'âge de quinze ans, et elles étaient toujours revenues exac-

tement jusqu'à ces derniers temps : depuis ces dérangements menstruels, la malade s'était souvent bien trouvée de quelques prises d'aloès et des œufs frais, qui faisaient revenir les règles. Sa santé est délicate, surtout depuis quatre ou cinq ans; la malade se plaignait d'une mauvaise toux, accompagnée d'expectoration et de douleurs à l'épigastre. On lui avait souvent appliqué des sangsues et des vésicatoires. Depuis six mois, elle vomit constamment à chaque époque des règles une quantité de sang noir caillé, et ses règles sont allées toujours en diminuant. Deux ou trois fois seulement, ces attaques d'hématémèse ont été accompagnées de toux ; dans le reste, elles avaient lieu en vomissant. Le coït lui est incommode et douloureux depuis quelque temps, et elle s'en abstient. Sa physionomie est pâle et maladive; céphalalgie intense; douleurs lombaires; lassitude générale; leucorrhée fort abondante depuis sept à huit mois; évacuation douloureuse des urines avec ténesme vésical; peau moite et presque inélastique; si on la pince, les deux enfoncements digitaux mettent beaucoup de lenteur à disparaître; langue flasque mordue sur les côtés et un peu couverte; constipation; mamelles très-sensibles; nausées de temps en temps; l'utérus est de volume naturel; le museau de tanche est sain, bien que sensible au toucher; abdomen tuméfié.

On prescrit, 1° coloq. et calom. 15 grains, à répéter tous les jours à l'heure du coucher; 2° infus. de roses et sulf. de magn., une once, à répéter tous les jours.

Le 8 juillet, amélioration, corps libre; mais la céphalalgie est intense, et augmente par le coucher; sommeil agité et peu réparateur, rêves effrayants; la malade se plaint d'une douleur fixe et aiguë, qui augmente par la pression de la main, au-dessous du bord de la dernière côte du côté droit. La leucorrhée est abondante; pouls 100; douleur intense à la mamelle gauche; la nymphe gauche est allongée et présente un ulcère superficiel à la face interne; les pulsations du cœur sont très-fortes.

Prescript. : Potion ferro-iodée.
Poud. de rhub., 10 grains.
Injections vaginales du lait ammoniacé.
Six sangsues aux mamelles.

Le 10, la malade se sent mieux; diminution des douleurs de tête et des mamelles; corps libre; pouls, 90.

Prescript. *ut suprâ.*

Le 13, céphalalgie intense, qui augmente par la position couchée. La douleur lombaire revient par paroxysmes; elle est si vive qu'elle occasionne des secousses spasmodiques comme les courants électriques; pouls 86, mou et régulier. La leucorrhée est moindre, le museau de tanche sensible, l'ulcération de la vulve est cicatrisée; corps libre; physionomie mieux portante.

Le 15, on examine la matière de l'écoulement : c'est du mucus; la malade s'attend en ce moment au retour de l'accès d'hématémèse; elle expectore de la matière muqueuse; mais elle n'a pas rendu de sang. Ventre libre; pouls bon; diminution de la douleur lombaire.

Prescription précédente.

Le 20, le paroxysme de la douleur lombaire est dissipé; la malade se sent beaucoup mieux. Les règles ne sont pas reparues; mais la malade n'a pas eu non plus d'hématémèse. Disparition complète de la céphalalgie; peau moite; ventre libre.

Prescription : Suspendez les injections et la mixt.
Prenez : Carbonate de fer, un gros trois fois par jour.
Courants électriques, étincelles lombaires.

Le 24, l'électricité a été répétée quatre fois; aujourd'hui, elle a produit des douleurs intenses aux reins et aux cuisses. Ventre libre; appétit bon.

La malade sent comme si ses règles allaient venir; au reste, elle est bien.

On répète l'électricité et la prescription précédente.

Le 30, les règles paraissent, mais avec beaucoup de douleurs aux reins et aux cuisses. Bain tiède à l'heure du coucher. L'écoulement menstruel continue bien jusqu'au 28; la malade se sent beaucoup mieux.

On continue l'électricité tous les deux jours, et le carbonate de fer tous les jours.

Le 11 août, la malade se plaint de douleurs au cœur, mal de gorge, céphalalgie après s'être exposée au froid. Remèdes antiphlogistiques; mieux. On revient au traitement tonique; retour des forces, de l'embonpoint et de la couleur.

Le 24 août, retour des règles avec douleurs lombaires et aux mamelles. Amélioration progressive.

Le 2 septembre, la malade quitte l'hôpital parfaitement guérie.

### *Chlorose, sécrétion supplémentaire de sang pur par les mamelles.*

Obs. IX (recueillie par M. Vorler).—Sarah, âgée de 27 ans, petite stature, jolis traits, non mariée, s'est présentée à la consultation, le 19 août 1836. Sa santé, bien que délicate, avait été habituellement bonne; seulement elle avait eu, il y a quatre ans, une attaque de fièvre intermittente. Elle a été réglée pour la première fois il y a deux ans, au moment où elle s'occupait depuis plusieurs heures d'un ouvrage d'aiguille. Une année entière s'est passée avant que les règles parussent pour la seconde fois; ensuite, elles sont revenues, mais irrégulièrement et en petite quantité. Six mois après le retour des menstrues, elle éprouve une sécrétion supplémentaire de sang par les mamelles; le sang s'extravasait dans le tissu sous-cutané; le kyste s'ouvrant ensuite, donnait issue au liquide, et l'ouverture se cicatrisait pour se rouvrir à une autre époque menstruelle et donner issue à un nouvel écoulement. La première fois, l'écoulement a eu lieu des deux mamelles, puis d'une seule, de la gauche. Les mamelles sont très-développées et douloureuses, surtout quelques jours avant le retour de l'écoulement, et la malade se plaint alors de douleurs dans l'abdomen, aux lombes et au dos. L'abdomen est tuméfié. Les règles paraissent quelquefois à la vulve, mais c'est en très-petite quantité, les

reins fonctionnent toujours abondamment et exactement. Dans les intervalles, la malade a de la leucorrhée, et cet écoulement devient plus abondant à l'époque des menstrues. L'appétit est léger; digestions laborieuses; maux d'estomac; flatulences; envies de vomir après le repas; constipation opiniâtre. Pouls faible, 108, et facilement compressible; langue blanche; sommeil agité; douleurs dans les membres inférieurs et dans le ventre.

Prescription : 1. Injections ammoniacales dans le vagin, tous les jours.
2. Pilules de coloquinte et de calomel, trois fois par semaine.
3. Mixture ferrée, deux fois par jour.

Depuis que je me suis livré à des recherches sur ce genre de maladies, je me suis assuré que l'hématémèse est plus fréquente qu'on ne croit; elle se présente conjointement à des douleurs, de la plénitude et de la congestion dans certains organes, et justifie le traitement actif que je recommande. J'ai vu les saignées, les purgatifs et le plomb être employés avec profusion et échouer complétement, empirer même évidemment l'état des malades. Dans les cas que je viens de rapporter dans ce groupe, il y avait anémie, pouls accéléré et irritable, et des symptômes si manifestes de chlorose qu'il était impossible de caractériser les phénomènes comme appartenant à un état inflammatoire. Le caractère névralgique, des douleurs chlorotiques, l'état aménorrhéique, le cachet physionomique de la figure et l'état particulier du pouls m'ont constamment suffi pour asseoir le diagnostic dès l'abord; les effets du traitement servent d'ailleurs de guide pour confirmer ou infirmer le jugement. La grande indication dans ces cas consiste à établir ou arranger la fonction cataméniale. Pour remplir ce but, les emménagogues et les autres remèdes que l'ancienne routine a coutume de prescrire, sont à coup sûr moins nuisibles que les saignées abondantes et les autres remèdes antiphlogistiques qu'on prône si indistinctement de nos jours. La saignée est rarement nécessaire pour cela. J'ai une fois visité une personne chlorotique qui avait été saignée du bras pour être soulagée de la plénitude thoracique et de l'oppression de la respiration qu'elle accusait : elle a été soulagée un peu, mais temporairement; on a jugé à propos de répéter la saignée; alors le mal a empiré à vue d'œil, il est survenu une prostration extrême, la respiration plus laborieuse, et une anasarque générale s'est déclarée. La même remarque s'applique aux purgations excessives, surtout par l'administration des préparations mercurielles et des substances drastiques. La première chose à laquelle il faut viser est sans doute d'obtenir des évacuations convenables, je veux dire, saines et régulières; mais si vous en abusez, l'anémie de la constitution augmente; cela se voit malheureusement tous les jours; voilà pourquoi les praticiens se demandent souvent si les purgatifs sont utiles ou nuisibles dans ces circonstances. Les inconvénients graves qui résultent d'un pareil système ne se bornent pas à l'estomac et aux intestins; l'irritation et les flatulences que les purgatifs mercuriaux répétés occasionnent, augmentent évidemment la chlorose, énervent davantage la constitution et délabrent tellement l'organisme qu'il y a à peine souvent moyen d'y remédier.

Les emménagogues, l'électricité, les bains de siége moutardés, les injections ammoniacales, les sangsues à la vulve, les ventouses modérées aux lombes, et quelques rares purgatifs, tels sont les remèdes que j'emploie pour détourner les hémorrhagies supplémentaires dont il s'agit.

## TROISIÈME GROUPE DE FAITS.

### Chlorose compliquée d'affections cérébrales.

Obs. X.— Marie, âgée de 19 ans, a été reçue le 10 novembre 1833. Elle a commencé à être réglée à l'âge de 13 ans. Dès cette époque, elle n'a jamais été très-bien portante; elle s'est toujours plainte de douleurs lombaires, maux de tête, indigestion, etc. Pendant trois ou quatre ans, elle ne s'était pas fait traiter; son mal avait été négligé; mais étant enfin devenue fort malade, ses parents l'ont fait recevoir à l'hôpital. Elle est émaciée, se plaint d'un mal de tête intense, est souvent sans conscience de l'existence, et parfois sa raison est fort dérangée. Sa respiration est laborieuse; palpitations de cœur fréquentes; douleurs dans la région cardiaque. Digestion mauvaise, appétit capricieux et dépravé, elle n'aime manger que des graines de carvi (caraway-seeds), et de la menthe. Constipation opiniâtre; pouls, 130, irritable, faible. Douleur de côté très-aiguë. Absence absolue des règles depuis trois mois; cette fonction était d'ailleurs irrégulière depuis un an. Langue portant la marque des dents; la muqueuse buccale est malade. Le teint de la malade est bleu et plombé; lèvres exsangues. Ongles des doigts fendillés; les bouts des doigts ont une couleur chlorotique. Urine rare et fort colorée.

Prescription.—1. Purgatifs cordiaux.
2. Sangsues derrière les oreilles.
3. Lotions éthérées à la tête.
4. Trois pilules par jour, composées chacune d'un grain de quinine, un grain de camphre et un grain de houblon.
5. Régime de substances animales. Bière douce.

Le 6 décembre, un peu de soulagement. Les règles ne sont pas reparues.

Même prescription.

Le 24, céphalalgie moindre; mais la douleur lombaire est intense. Spasme à la partie inférieure de l'abdomen.

Prescription. — Dix sangsues aux grandes lèvres. Bains de siége moutardés.

Le 6 janvier 1834, retour des règles; elles durent quatre jours abondamment et sans douleur. La malade est mieux sous tous les rapports.

Le 20, la céphalalgie a presque disparu. La dou-

leur de côté et la gène de la respiration sont moins prononcées. L'émaciation persiste, et l'appétit est toujours faible. Constipation.

Prenez : Coloquinte et calom., dix grains tous les deux jours en se couchant.

Le 31, corps libre et régulier. Appétit meilleur. Amélioration progressive.

Le 28 février, la malade est congédiée guérie.

Obs. XI.—23 janvier 1836, Miss X...., institutrice, a été reçue à la clinique obstétricale. Elle est âgée de 34 ans, délicate et d'apparence leucophlegmatique; ses menstrues sont irrégulières et rares, surtout depuis un an. Elle éprouve de temps en temps une grande oppression avec anxiété à la poitrine. Pouls fréquent et faible; constipation habituelle; appétit dépravé; ses occupations habituelles sont les belles-lettres. Jusqu'à l'âge de 25 à 30 ans, sa santé avait été assez bonne. A son entrée, elle se plaint de céphalalgie intense, qu'elle dit souffrir depuis six à sept ans. D'abord légère, cette céphalalgie avait augmenté par degrés, et s'était accompagnée de jaunisse générale et d'envies de vomir. Pendant les premières années, le mal avait été abandonné à lui-même; mais la santé de la malade avait toujours décliné depuis. Depuis deux ans, la douleur de tête avait repris une grande intensité et était devenue continue. Au mois d'octobre 1835, le mal a changé de forme; la malade éprouve une douleur orbitaire profonde; tension tympanique; douleurs auriculaires; battements dans la tête; puis après, surdité complète jusqu'au mois de décembre. A compter de cette dernière époque, la surdité devient intermittente; elle reparaît seulement dans les époques qui répondent aux intervalles des règles; la femme est toujours aménorrhéique; sa surdité alterne avec une sensation particulière de syncope, de tension et de bruit dans l'oreille.

Les remèdes que la malade avait pris, sont de mercuriaux, des purgatifs et des antiphlogistiques. Son pouls est à 110; il est irritable.

Prescription.—1. Régime fortifiant, principalement de substances animales et d'ale. Abstinence de vin et de liqueurs.
2. Iodure de fer et coloquinte.
3. Raser la tête et la frotter avec de l'eau éthérée.

Le 20 février, grande amélioration sous tous les rapports.

Même prescription. Bains de siége sinapisés.

Le 20 mars, retour des règles; elles durent trois jours et sans douleur. Les symptômes cérébraux sont moins prononcés; la malade se sent bien.

Le 30 avril, l'amélioration est de plus en plus prononcée. La céphalalgie intense reparaît de loin en loin. La malade prend de l'embonpoint; elle revient sans inconvénient à ses occupations littéraires. Les garde-robes sont régulières; pouls, 90, faible, mais compressible.

Prescription *ut suprâ*.

On continue les bains de siége. On permet à la malade de sortir et de faire de l'exercice corporel.

Septembre. Tous les symptômes se sont dissipés; les menstrues ont repris leur cours naturel; la malade est bien portante et a repris l'exercice de sa profession.

Obs. XII (recueillie par M. Blackburn).—Émilie, âgée de 17 ans, grande et mince, jolis traits, intelligence développée, a été reçue le 5 février 1836. Elle a toujours été faible, et depuis quatre ou cinq ans, elle a été sujette à des maux de poitrine. Il y a deux ans, elle a été affectée de phrénitis; dès cette époque, elle a toujours été mal portante; elle éprouve souvent des accès graves d'hystérie; elle tombe, reste insensible et immobile pendant des heures entières. Actuellement, elle est sourde d'un côté à la suite d'une otorrhée; elle attribue cela à une lésion traumatique dans le méat auditif; elle se plaint de céphalalgie intense, surtout à l'occiput; ce mal a été extrêmement violent en décembre 1835; son pied et sa main du côté droit ont souvent éprouvé une sorte d'agitation. Un mois après cette dernière époque, les mouvements de ces membres sont devenus de plus en plus fréquents et involontaires. Il y a dix jours, la malade a eu le délire pendant plusieurs jours : ses menstrues n'ont été régulières qu'une fois. Indépendamment de ces antécédents, la malade présente à son entrée les symptômes suivants :

Indolence; altération de l'intelligence vers l'imbécillité; douleur occipitale constante et aiguë; agitation fréquente et très-violente du côté droit; et, de temps en temps, spasmes du côté gauche; muscles de la face à peine ou presque pas affectés; prononciation nette; peau douce et moite.

Prescription. — 1. Poudre de scamm. et cal., 15. gr., statim.
2. Sous-carbon. de fer, 1 drachme toutes les quatre heures.
3. Une demi-pinte de porter par jour. Frottements du corps avec une brosse (*flesh-brush*).

Quinze jours après l'usage de ce traitement, la malade se sent mieux; son amélioration est progressive; l'agitation est moindre; la céphalalgie a diminué.

Prenez : Sulfate de zinc, 2 grains trois fois par jour. Bain pluvial tous les jours.

Le 22 février, l'agitation a beaucoup diminué; la malade a acquis beaucoup de force à la main gauche, mais pas autant à la jambe; ventre libre; langue nette.

Le 25, l'agitation a augmenté un peu; la malade se plaint de douleurs dans le bras et la jambe du côté affecté.

Prescription. — Élevez la dose du zinc à 4 grains trois fois par jour.

Amélioration progressive jusqu'au 11 mars. A cette époque, la malade éprouve dans la nuit une

sorte d'accès qui lui rend les membres impuissants et un peu contractés; elle porte les mains vers l'occiput, où elle paraît beaucoup souffrir; les pupilles sont dilatées, mais obéissantes à l'action de la lumière; pouls petit et mou; ventre libre.

Prescription.—Rasez la tête. Lotions froides.
Sulf. de zinc, 4 grains trois fois par jour.

Le 16 mars, nouvel accès analogue, mais moins intense; pouls fréquent; céphalalgie modérée.

Le 22, amélioration progressive; pas de nouvel accès. Les mouvements involontaires sont beaucoup moins prononcés; la malade se sent bien et parle librement. Ventre libre; pouls fréquent; la surdité persiste; la force augmente; la malade commence à pouvoir marcher.

Prescription. — Infus. de roses et sulf. de quin., 2 gr., trois fois par jour.
Poud. de rhub., 10 gr.

L'amélioration continue; la malade marche vers la guérison.

Le 21 avril, la malade est tout à fait bien; elle a acquis beaucoup de force, et tous les symptômes choréiques se sont dissipés; l'appétit est bon; les règles sont reparues, bien qu'en petite quantité; la pâleur est dissipée, et le visage reprend son teint naturel; l'intelligence a beaucoup gagné; la céphalalgie a disparu complétement, et tous les organes paraissent fonctionner normalement.

Ces faits attestent suffisamment la gravité sérieuse que la chlorose peut acquérir par une lésion cérébrale qui la complique. On voit combien il importe d'établir dès l'abord le véritable diagnostic sur la nature de cette complication, et de ne pas s'égarer dans un traitement illusoire. Bien qu'il soit rare de voir la complication encéphalique acquérir les caractères de lésion organique, il ne faut pas pourtant se faire illusion; ce qui n'est d'abord qu'un dérangement fonctionnel peut très-bien à la longue devenir organique. Des ventouses localement; jamais de saignées générales; des vésicatoires à la nuque; des apéritifs modérés et cordiaux; le changement d'air, des occupations gaies, l'exercice corporel, une vie active, tels sont les moyens que je joins aux potions antichlorotiques, pour rétablir l'ordre fonctionnel en pareille occurrence.

## QUATRIÈME GROUPE DE FAITS.

### Chlorose compliquée de lésions fonctionnelles et organiques de la poitrine.

Obs. XIII.—Marie, âgée de 21 ans, non mariée, délicate, pâle, émaciée, a été reçue le 3 décembre 1835. Elle avait toujours été délicate et sujette aux inflammations. Ses menstrues ont paru pour la première fois à 16 ans; cette fonction a toujours été régulière chez elle. Quelquefois les règles lui ont manqué pendant cinq mois de suite; d'autres fois, l'écoulement s'est arrêté subitement. Sa santé, en un mot, a rarement été bonne.

Le 8 novembre dernier, les règles ont reparu après cinq mois d'absence. Hier, elles ont reparu encore, mais elles n'ont duré que huit ou neuf heures; le sang était pâle et séreux; aujourd'hui, il vient de couler encore en petite quantité. La malade a souvent été sujette à des leucorrhées abondantes.

Il y a deux ans et demi, elle a eu une inflammation violente à la poitrine, et le traitement qu'elle a dû subir l'a beaucoup affaiblie. Cette faiblesse s'est prolongée jusqu'aujourd'hui; le visage de la malade est boursouflé et pâle; le reste de la surface du corps est couleur de cire; elle se plaint de dyspnée et de douleur à l'épigastre; toux fatigante avec expectoration muqueuse abondante; la malade expectore de temps en temps du fluide purulent, une demi-pinte dans l'espace de vingt-quatre heures. Le cœur bat violemment et est excité à la moindre émotion. Appétit dérangé; la douleur épigastrique augmente après les repas et est soulagée par le vomissement d'une matière aqueuse d'un goût aigre; l'urine est limpide et en grande quantité; pouls, 72, plein. Constipation.

Prescription.—Coloq. et cal., 10., gr., statim.
Infus. de roses et sulf. de magn. deux fois par jour.

Le 8 décembre, mieux. La toux est moins incommode, la douleur a diminué; l'appétit est meilleur. Céphalalgie; insomnie.

Prescription.—Hydrarg. cum creta, 5 grains.
Poudre de dragacanth. comp., 5 gr. tous les soirs.
Mixt. huileuse avec manne.
Vin ipécac., 15 g. deux fois par jour.

Le 11 décembre, elle se sent beaucoup mieux, et son aspect indique réellement de l'amélioration. Pouls, 86, régulier. Hier la malade a bien dîné sans éprouver de douleur après. La leucorrhée continue.

Prescription *ut suprâ*.

Le 17 décembre, la malade éprouve une attaque de pneumonie; toux, dyspnée. Bruit crépitant dans une petite portion inférieure du poumon gauche. L'expectoration n'est pas altérée; peau chaude.

Ventouses scarifiées (10 onces de sang) au-dessous de la mamelle gauche.
Emplâtre de *Lyttæ*.
Coloq. et calom., 15 gr., statim.
Vin antim. tart., 15 g.
Camph., 6 drachmes, f. potion.

Le 27 décembre, l'inflammation pulmonaire est dissipée. La malade prend de la force, mais elle se plaint de nausées.

Mixt. de fer comp., 1 once deux fois par jour.

On varie la médication tonique, mais on persévère dans son usage. La malade gagne de jour en jour; le pouls bat régulièrement 80 par minute; le ventre est libre; la malade mange bien, et ses digestions s'exécutent parfaitement.

Le 5 janvier, les règles reparaissent ; elles coulent sans causer de douleur; le sang est de couleur naturelle ; l'écoulement dure cinq jours.

La toux et l'expectoration ont considérablement diminué, et l'état de la malade s'améliore de jour en jour; elle se promène, a de la force et se sent tout à fait bien.

Le 15 janvier, la malade sort de l'hôpital dans un état très-satisfaisant; il ne lui reste qu'une légère bronchite, mais la santé générale est parfaitement rétablie.

Obs. XIV.—Miss... a été reçue le 28 février 1835. Elle est âgée de 26 ans, réglée depuis l'âge de 14 ans, et avait habituellement été bien portante. Depuis un an et demi cependant, sa santé a commencé à se déranger; ses règles sont allées toujours en diminuant. D'abord la durée de l'écoulement menstruel a diminué d'une demi-journée, puis d'une journée relativement au temps passé. Actuellement cet écoulement dure à peine un jour et est accompagné de malaise. Pas de douleurs aiguës à la tête, mais la malade éprouve des vertiges. Appétit et digestion dérangés ; soif ardente. Respiration courte, précipitée, laborieuse; accès violents et fréquents de toux de nature peut-être hystérique.

Ces affections de la poitrine sont précisément de la nature de celles qui se voient souvent dans la chlorose compliquée d'hystérisme. La toux est renouvelée par la moindre émotion morale, de même que la raucité et la dyspnée. La palpitation reparaît très-fréquemment. La malade n'a pas d'expectoration de phlegmes, mais d'eaux sapides. Ventre constipé. Pouls fréquent et irritable. L'aspect de la malade est ictérique; la langue et la muqueuse buccale sont malades ; tache noire sous les yeux. La couleur de la conjonctive est presque naturelle ; ongles noirs et fragiles ; les doigts partagent la teinte jaune du reste du corps.

Prescrip.—Potion ferro-iodée.
Rhub. . . . . 2 drachmes.
Huile de cass. . . 12 gr.; m., f. pil. 24.
A prendre deux ou trois tous les jours à l'heure du coucher.

Le 4 avril, les règles reparaissent et durent pendant deux jours et demi. La malade en est soulagée. La palpitation est moindre ; la douleur au côté a diminué. Les forces augmentent ; l'appétit n'est pas beaucoup mieux.

Déjeûner avec du lard et du chocolat (*bacon with chocolate*); dîner de viandes roties et de l'ale pour boisson ; chocolat faible avec du thé. On continue le même traitement.

Le 16 mai, garde-robes irrégulières. Toux moins forte; pouls 100, plein et mou. La pâleur continue ; la faiblesse est toujours très-prononcée. Retour des règles ; elles durent un seul jour.

*Presc. ut suprâ.*

On ajoute des bains de siége moutardés pendant une semaine, tous les soirs.

Décoction d'aloès. . . . . 2 onces.
Poudre de jalap. . . . . 10 grains tous les deux jours.

Le 20 juin, menstruation abondante et sans douleur. L'hystérie a presque complétement cessé. Amélioration progressive ; gaieté ; guérison. Cette femme s'est mariée depuis, et elle est aujourd'hui bien portante.

Obs. XVI.—Miss....., âgée de 15 ans, très-intelligente, très-délicate, a été attaquée à l'âge de 13 ans de coqueluche. Les paroxysmes avaient été fréquents et violents, et malgré le traitement approprié et le changement d'air, le mal a duré plusieurs mois avec une grande intensité. D'abord il n'était pas accompagné d'expectoration, mais ensuite des phlegmes muqueux ont été rendus par la malade. Ses forces sont allées en diminuant, l'appétit est devenu capricieux, et l'on craignait déjà que le poumon ne fût attaqué de tubercules. On lui a fait faire un exercice modéré, prescrit un régime et des vêtements appropriés à son état. La toux est allée en diminuant; mais lorsque la malade approchait de l'âge de 14 ans, la toux a pris le caractère de bronchite chronique. L'émaciation générale du corps, la pâleur et quelques autres symptômes décèlent suffisamment un état chlorotique.

On espérait que l'établissement de la puberté et de la menstruation affermirait sa santé. Pendant plusieurs jours on a administré, dans ce but, des médicaments divers, mais sans succès. L'aspect de la jeune personne est devenu de plus en plus chlorotique; les lèvres et la membrane muqueuse de la bouche sont pâles et dans un état morbide. La paroi antérieure du thorax paraît tous les jours se rapprocher de plus en plus de l'épine. Les mamelles n'offrent pas le moindre développement, et rien n'indique que la puberté et la menstruation soient prêtes à se montrer. L'expectoration a changé de caractère depuis quelque temps ; au lieu d'être muqueuse, elle est purulente et noire, la respiration et la matière expectorée sont si fétides qu'elles infectent l'appartement. L'auscultation et la percussion indiquent manifestement que le poumon est farci de tubercules. Les symptômes ordinaires de la phthisie deviennent de plus en plus patents et la malade succombe promptement.

## CONCLUSIONS.

1° La chlorose est une maladie constitutionnelle, le plus souvent congénitale, se rendant surtout très-manifeste vers l'époque de la puberté, quelquefois avant, d'autres fois après cette époque.

2° On est dans l'erreur de croire que la source de cette maladie soit dans l'utérus. L'utérus et les ovaires ne font pas leurs fonctions, ou ne les font qu'imparfaitement, parce que tout l'organisme est malade. L'aménorrhée, la dysménorrhée, la leucorrhée et les pertes rouges qui accompagnent si souvent la chlorose sont autant de symptômes ou de complications de l'affection constitutionnelle.

3° La nature de la chlorose paraît consister en une sorte d'anémie, d'arrêt de développement de la constitution par défaut de l'hématose. Le sang des chlorotiques est défectueux et pour la qualité et pour la quantité. Il y a en outre dans cette maladie lésion fonctionnelle manifeste du système nerveux, en particulier des nerfs de la vie organique. La dyspnée, les palpitations, la fatigue, les appétits bizarres que

les chlorotiques éprouvent en sont une preuve incontestable.

4° Des deux formes que la chlorose affecte, la simple est toujours facile à guérir; la compliquée offre plusieurs variétés dont la plupart sont aussi guérissables, surtout dans le début de leur manifestation. Parmi ces variétés, celle qui est compliquée de tubercules pulmonaires est sans contredit la plus rebelle.

5° La chlorose compliquée d'hématémèse ou de toute autre hémorrhagie supplémentaire est très-fréquente, mais presque toujours guérissable dans le début.

6° Le traitement de la chlorose simple doit d'abord avoir pour but de modifier l'hématose, de la perfectionner. Il doit viser en d'autres termes à augmenter la quantité du sang et à en améliorer la composition. Le rétablissement de la menstruation ne vient qu'en dernier lieu, comme une conséquence de la fortification de la constitution et du retour naturel des organes à leurs fonctions. Aussi les remèdes emménagogues, et en particulier les mercuriaux doivent être entièrement bannis du traitement, du moins pendant les premiers temps. Le plus souvent les règles se rétablissent d'elles-mêmes aussitôt que l'organisme est assez fort pour fournir les matériaux de cette fonction. Lorsque cependant la chlorose est compliquée, le traitement exige des modifications selon la nature de la complication. Il peut y avoir des circonstances dans lesquelles il est utile de provoquer la fonction cataméniale; tel est, par exemple, le cas de chlorose compliquée d'hémorrhagie supplémentaire grave. Dans cette occurrence la menstruation n'est qu'un moyen révulsif, l'état de la constitution réclame toujours un traitement général en conséquence.

7° Les moyens propres à remplir les indications curatives de la chlorose doivent être dirigés dans le sang par toutes les voies d'absorption. La voie pulmonaire offre une des ressources principales pour la correction de l'hématose. L'air pur, le grand air, l'air très-ventilé est la prémière condition indispensable pour perfectionner l'artérialisation du nouveau sang qui doit revivifier les organes; sans cette condition les autres moyens n'auront pas toute l'efficacité dont ils sont susceptibles.

8° L'iode combiné au fer (iodure de fer), le sirop d'ammoniac, les extraits purgatifs amers, tels que l'aloès et la coloquinte, de la bière pour boisson (ale) et une alimentation substantielle, principalement animale, tels sont les moyens qui ont presque toujours triomphé de la chlorose chez le très-grand nombre de sujets traités depuis plusieurs années à *Guy's hospital.*

9° Un des signes les plus fidèles d'amélioration est la diminution de la fréquence du pouls. Le retour de l'appétit, la coloration de la peau, la diminution de la lassitude générale et des palpitations, la possibilité de se livrer à des exercices gymnastiques sans trop se fatiguer, sont autant de signes qui dénotent le succès favorable du traitement.

10° Enfin, quand l'indication d'employer les remèdes emménagogues se présente, on peut donner la préférence aux courants électriques, dirigés en différents sens dans le bassin, aux injections vaginales de lait ammoniacé et aux bains de siége sinapisés.

N° 24. — 16 JUIN.

*Mémoire sur les tumeurs fibro-calcaires et les polypes de l'utérus,* lu à la Société médico-chirurgicale de Londres; par M. ROBERT LEE, professeur d'obstétrique, médecin de l'hôpital des femmes en couches (British lying in hospital).

Les maladies organiques les plus importantes de l'utérus peuvent être divisées en trois classes : 1° Celles qui sont le produit d'un travail inflammatoire fixé sur un ou plusieurs de ces tissus; 2° celles qui résultent de tumeurs engendrées dans les parois de l'utérus ou qui sont produites par le développement des glandes situées à son orifice, et qui n'ont pas de tendance à subir une dégénérescence maligne ni à altérer les tissus environnants; 3° celles enfin qui dépendent d'une action spécifique et maligne de l'utérus, et qui intéressent non-seulement tous les éléments de cet organe mais encore les viscères adjacents. Les affections de la première catégorie, je les ai décrites dans un mémoire inséré dans les volumes XV et XVI des *Transactions médico-chirurgicales;* je m'arrêterai aujourd'hui aux tumeurs fibro-calcaires et aux polypes.

La tumeur fibreuse ou le tubercule charnu de l'utérus, ainsi que William Hunter l'a appelé, n'offre quelquefois que le volume d'un pois; dans d'autres cas elle a la grosseur d'une noix; et parfois aussi d'une balle à jeu, ou même de l'utérus au neuvième mois de la grossesse. Sa forme est généralement globulaire ou analogue à celle du rein; sa structure laminée, radiée, semi-cartilagineuse et à fibres disposées souvent concentriquement.

Dans quelques cas, la tumeur a une apparence granulée et paraît résulter de l'agrégation de plusieurs petites tumeurs, renfermées chacune dans un capsule mince de tissu cellulaire. Le plus fréquemment sa couleur est d'un blanc jaunâtre; mais dans plusieurs cas que j'ai observés, elle était d'un gris cendré, ou approchant du noir ardoise. Si elle est volumineuse, la tumeur présente toujours une surface inégale, lobulée et divisée par des fissures profondes; des artères et des veines d'un calibre considérable peuvent être tracées dans sa substance. Des cavités contenant un fluide gélatineux, sanguinolent ou noir, se rencontrent souvent dans son centre; elles sont dues probablement à un travail de ramollissement de sa subtance. Dans un cas de tumeur fibreuse volumineuse, enchâssée dans les parois de l'utérus d'une femme morte à l'infirmerie Marylebone, j'ai trouvé une cavité considérable au centre contenant un coagulum de sang.

Dans d'autres circonstances la tumeur n'a pas de tendance manifeste au ramollissement malgré son développement; mais sa densité décroît graduellement jusqu'à ce que toute sa masse ou une partie devient cartilagineuse ou semblable à la substance intervertébrale sans offrir de vaisseaux rouges; ou bien elle est entrelardée petit à petit de dépositions calcaires jusqu'à ce que la totalité, ou une partie de la tumeur, se convertit en une concrétion de carbonate ou de phosphate de chaux. Le plus fréquemment les dépositions calcaires commencent à se ma-

nifester dans le centre ou dans la partie la plus dense de la tumeur; mais cela n'a pas lieu d'une manière invariable; dans quelques cas, assez rares à la vérité, les dépositions calcaires commencent par la circonférence de la tumeur, et celle-ci finit par se trouver enveloppée dans une sorte de coquille comme le fruit d'une noix. Si l'on pousse une injection dans les vaisseaux de l'utérus, le liquide ne pénètre pas la substance de la tumeur lorsqu'elle a acquis déjà une pareille densité. Les tumeurs fibro-calcaires de l'utérus sont généralement molles et poreuses comme la pierre-ponce; dans quelques cas cependant, elles sont si dures qu'elles ont pu être polies comme de l'ivoire ou du marbre; deux exemples de ce cas existent dans le muséum de l'hôpital Saint-Thomas. Des portions de ces tumeurs ont été analysées il y a dix ans par M. Bostock; elles étaient principalement composées de phosphate calcaire.

Andral admet, d'après l'autorité de Brugnatelli, que le carbonate et le phosphate de chaux constituent avec de la matière animale les éléments de ces corps. Breschet rappelle qu'un des calculs utérins examinés par Brugnatelli était une masse informe, à surface blanche et inégale; il exhalait une odeur particulière, était insapide et insoluble dans l'eau. Ayant été brisé avec un marteau, la surprise a été grande quand on a trouvé dans son centre une portion de tibia de poulet. Toute cette masse blanche formant le calcul était composée de phosphate de chaux. Un second calcul ayant été divisé en deux parties égales a présenté à la surface un grand nombre de cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien. Je ne puis cependant m'empêcher de dire que plusieurs circonstances, qu'offrent les détails des analyses de Brugnatelli, me font croire que les concrétions auxquelles il a eu affaire étaient plutôt des calculs urinaires que des tumeurs de l'utérus.

Mon collègue M. Hope ayant disséqué, le 17 août 1832, à l'hôpital Marylebone, le corps d'une vieille femme, a trouvé l'utérus plus volumineux et plus lourd qu'à l'état naturel; au-dessous de la membrane péritonéale qui recouvrait le fond de cet organe, étaient plusieurs petites tumeurs fibreuses et des dépositions calcaires. Ayant coupé ses parois, il a trouvé une tumeur calcaire jaunâtre du volume d'un œuf d'oie, située sous le péritoine, vers la paroi postérieure de l'utérus, et distendant celui-ci comme l'œuf au deuxième mois de la gestation. Cette tumeur offre distinctement la structure fibreuse sur quelques points. Les parois du fond et du corps de l'utérus sont plus minces que dans l'état naturel; le col est sain bien que fort allongé. Aucune maladie organique n'avait été soupçonnée chez cette femme avant la mort.

M. Henry Johnson m'a montré une grosse tumeur fibro-calcaire enchâssée dans les parois du fond de l'utérus d'une femme âgée, qui était morte à l'hôpital Saint-George, et chez laquelle on n'avait soupçonné durant la vie aucune maladie organique. A la circonférence, la structure fibreuse de la tumeur était très-manifeste, mais au centre elle était dure, de couleur jaunâtre et formée de carbonate et phosphate de chaux. Les parois utérines correspondant à l'endroit de la tumeur étaient hypertrophiées.

Dans la collection de M. Howship, on voit un utérus qui pèse plusieurs livres par la présence de plusieurs tumeurs fibro-calcaires dans ses parois. Une de ces tumeurs, qui pend au fond de l'organe par un pédicule mince, est couverte partiellement de matière calcaire, le reste offre l'apparence compacte ordinaire des tumeurs fibreuses de la matrice. M. Howship a donné à M. Bostock plusieurs morceaux de ces concrétions pour les analyser; on les a sciés; ils étaient plus durs que les os, et on a pu les polir comme de l'ivoire.

Le 21 janvier 1834 une femme, âgée de 64 ans, est morte d'apoplexie à l'hôpital Marylebone; M. Blenkins a disséqué son corps: le fond, le corps et le col de l'utérus étaient réduits à un volume très-petit. Le fond présentait deux grosses tumeurs fibreuses adhérentes et couvertes seulement par le péritoine. Dans les plus denses portions de l'une d'elles, on voyait plusieurs dépositions calcaires jaunes. Des artères et des veines de volume considérable se ramifiaient sous le péritoine qui couvrait la grosse tumeur, mais aucun vaisseau sanguin n'était apercevable au centre (1).

Dans les cas de tumeurs calcaires de l'utérus que je viens de rapporter, le mal était accompagné à peine de douleur et son existence n'avait pas été soupçonnée durant la vie. Dans celui qu'on va lire, la concrétion calcaire était accompagnée d'ulcération maligne du corps de l'utérus et la malade est morte dans les souffrances les plus atroces.

Obs. — Dans le mois de septembre 1832, j'ai été appelé par sir Gilbert Blanc auprès de madame B., âgée de 62 ans, souffrant depuis plusieurs années d'une sensation de poids et de malaise au dos, aux lombes et à l'épigastre, avec écoulement sanguin et purulent, presque constant par le vagin. Elle n'avait jamais pu devenir enceinte, et à l'âge de quarante ans, époque de la cessation des règles, elle a éprouvé plusieurs attaques graves d'hémorragie utérine.

A l'examen, j'ai trouvé l'excavation du sacrum encombrée par une tumeur grosse et dure provenant de la partie postérieure de l'utérus. Le col de cet organe avait à peine subi un léger changement; mais la fétidité particulière de l'écoulement et l'état de la constitution m'ont fait croire à une maladie maligne du fond de l'organe.

Quelques mois plus tard, après avoir ressenti des douleurs horribles dans la région de l'utérus, la malade a éprouvé de la difficulté pour uriner, l'écoulement vaginal est ichoreux, excessivement fétide et entraîne de petites portions de concrétions irrégulières, ce qui soulage momentanément la malade.

Durant le reste de la même année, la malade a continué à souffrir considérablement, et elle était soulagée lorsque des morceaux de matière calcaire s'échappaient par le vagin, ce qui lui est arrivé quatre ou cinq fois dans le reste de l'année.

---

(1) L'atrophie de l'utérus est une maladie rare. M. Greffiths, de Peinlico, en conserve un exemple remarquable dans sa collection. La membrane musculaire de l'utérus a entièrement disparu. En distendant avec de l'air sa cavité, l'utérus paraît diaphane comme une vessie urinaire. Le col de l'organe est sain. Walter décrivit cette maladie, en 1786, sous le titre d'*utérus membraneux*.

En novembre 1833, peu de jours après avoir fait un voyage de quatre-vingts milles, elle a éprouvé du frisson, des vomissements, une sensibilité exquise à la partie inférieure du ventre et d'autres symptômes de péritonite ; elle a succombé dans l'espace de quarante-huit heures.

A l'autopsie que nous avons faite le lendemain, M. Webster et moi, nous avons trouvé les restes d'une péritonite intense. Le fond et le corps de l'utérus étaient considérablement désorganisés par l'ulcération maligne. A la partie postérieure du corps de l'utérus adhérait une grosse tumeur fibro-calcaire, qui remplissait la cavité du sacrum et avait déplacé le rectum. L'ulcération s'était étendue jusqu'à la tumeur à travers les parois de l'utérus.

Une des concrétions que la malade avait rendues durant la vie a été analysée par M. Turner ; elle était composée de carbonate de chaux et de matière animale. M. Bostock en a analysé une seconde que la malade avait rendue dans les derniers temps de la vie, et une troisième tirée du cadavre ; il a fait un travail intéressant à ce sujet qu'il a lu devant la Société.

Louis a rapporté dans les mémoires de l'Académie de chirurgie un cas de concrétion calcaire de l'utérus accompagnée d'ulcération maligne, qui offre quelque analogie avec le précédent. D'après les détails et les considérations contenus dans son travail, il paraît que Louis connaissait bien les concrétions utérines dont il s'agit; mais il ignorait complétement leur mode de formation et leur composition. Du reste l'expression de concrétion calcaire dont il se sert prouve bien que Louis ne confondait pas ces corps avec les ossifications.

Schenkius s'est donné la peine de collectionner tous les faits merveilleux consignés dans les œuvres d'Hippocrate, de Valesius, de Salius, de Marcellus et de Donatus, etc., relatifs à des calculs utérins rendus durant la vie ou rencontrés après la mort.

Michel Morus donne l'histoire d'une femme, âgée de plus de 40 ans, morte de pleurésie, qui avait souffert pendant longtemps de douleurs intenses à l'hypogastre et contre lesquelles tous les remèdes avaient échoué. A l'examen on avait senti une dureté dans l'utérus ; un écoulement âcre et putride avait lieu par le vagin. L'autopsie a fait constater dans la matrice l'existence de 32 pierres dont la plus petite était du volume d'une amande ; elles étaient en grande partie retenues dans les replis (*folds*) de l'utérus et quelques-unes dans les trompes de Fallope.

L'auteur a cru que ces concrétions étaient de la même nature que les bézoards, et il affirme avoir sauvé la vie à plusieurs personnes par leur usage. Les pierres trouvées par Michel Morus dans les trompes de Fallope et les replis de l'utérus étaient probablement des phlébolites et non des concrétions calcaires pareilles à celles dont nous parlons.

La véritable origine des concrétions calcaires n'est connue que depuis peu. Walter a représenté ces corps dans ses *Annotationes academicæ*, publiées en 1786 ; il dit que les calculs et les polypes se rencontrent quelquefois en même temps dans l'utérus et le vagin. Il ne paraît pas cependant que cet auteur ait connu la relation intime qui existe entre ces deux corps. D'après l'examen de quelques-unes des préparations du muséum Huntérien à Glascow, je suis porté à croire que William Hunter connaissait les différentes places que les tumeurs fibreuses occupent dans l'utérus, et les changements qu'elles subissent par les progrès de leur développement.

Après l'examen d'une seule pièce qu'il fit en 1787, le docteur Baillis a été conduit à penser que les concrétions calcaires de l'utérus commençaient par être d'abord tumeurs fibreuses. « On rencontre, dit-il, une masse osseuse quelquefois dans la cavité de l'utérus. Je présume que ce n'est autre chose qu'un tubercule charnu dur, converti en substance osseuse. C'est ce qui est du moins arrivé dans le seul cas que j'ai rencontré de cette maladie : on voyait sur cette pièce une grande partie de la tumeur convertie en os ; le reste n'avait pas subi de changement. » Baillis cite Lieutaud pour prouver que des pierres se rencontrent quelquefois dans la cavité utérine. « Ces concrétions, dit-il, sont décrites par les auteurs ; elles varient dans leurs apparences : les unes étant noires, les autres d'une couleur claire. Les auteurs gardent le silence quant à la nature de ces tumeurs, et je n'en puis rien dire par moi-même, car je n'en ai vu qu'un seul exemple. Ces concrétions sont probablement formées par de la matière sortie des petites artères qui s'ouvrent à la face interne de l'utérus, et sont en quelque sorte analogues aux concrétions qui se forment dans l'intérieur de quelques glandes du corps. »

Bayle, Bichat, Roux, Breschet, Andral, et d'autres pathologistes, ont parfaitement connu que les tumeurs fibreuses de l'utérus deviennent quelquefois calcaires, ou plutôt osseuses, pour me servir de leur expression inexacte. Dans l'état actuel de la science, cependant, on ne peut pas dire positivement si toutes les concrétions en question qu'on rencontre dans la cavité et dans l'épaisseur des parois de l'utérus dépendent de dépositions de matières calcaires dans la substance de tumeurs fibreuses, et si la substance de l'utérus elle-même se convertit jamais en tissu osseux, ainsi que plusieurs auteurs l'affirment. Un écrivain récent de pathologie fait observer que « l'histoire du mode de développement de cette déposition n'est pas exactement connue, et qu'il n'est pas certain que l'ossification ait invariablement lieu dans la membrane muqueuse. Il est vrai de dire pourtant que cela a été dans un cas mentionné par Walter, et dans plusieurs autres rapportés par Caldwell. » (*Craigie's Elements of general and pathological anatomy.*)

Bayle a décrit les tumeurs fibreuses de l'utérus comme étant toujours charnues dans leur origine, et de couleur rouge, comme la fibre musculaire, devenant ensuite cartilagineuses, et enfin osseuses. Cela peut bien avoir lieu dans quelques cas ; mais je ne pense pas que dans le plus grand nombre des cas, ces tumeurs offrent jamais l'apparence musculaire ou charnue dans les différentes périodes de leur existence; je crois qu'elles ont une structure fibreuse également manifeste, tant quand leur volume ne dépasse pas celui d'un pois, que lorsqu'elles sont arrivées aux dimensions de la tête d'un homme adulte.

Quelquefois on ne trouve qu'une seule tumeur dans les parois de l'utérus ; dans d'autres cas, on en rencontre plusieurs de volume variable ; et il n'est

pas rare de les rencontrer en union de kystes et autres tumeurs des ovaires. Elles ne sont pas sujettes à s'ulcérer ni à subir des dégénérescences malignes, bien qu'elles puissent coexister d'ailleurs avec des affections cancéreuses de la matrice, de la vessie, des mamelles, du foie, ou d'autres organes. Les tumeurs en question n'ont jamais été observées avant l'âge de la puberté. Bayle affirme qu'elles se rencontrent le plus souvent sur le cadavre des femmes qui offrent les signes physiques de la virginité, et que vingt femmes sur cent présentent généralement de ces tumeurs fibreuses dans les parois de la matrice après l'âge moyen de la vie. Sur vingt autres, examinées par Portal, treize contenaient de ces tumeurs; et Dupuytren assure qu'il y a peu de femmes d'un certain âge qui n'offrent quelques tumeurs de celles dont il s'agit. D'après les recherches auxquelles je me suis livré, je crois que l'assertion de Bayle est assez exacte.

Les tumeurs fibreuses se développent, soit dans le tissu cellulaire sous-péritonéal de l'utérus, c'est-à-dire entre ce tissu et la couche musculaire; soit entre cette dernière et la membrane interne. Dans le premier cas, elles n'occasionnent ni irritation, ni hémorrhagie, ni dérangement des fonctions utérines ou de la santé générale, et leur existence peut être inavertie jusqu'à la mort. Mais lorsqu'elles acquièrent un grand volume, elles empiètent sur la cavité abdominale, produisent les mêmes symptômes que les tumeurs ovariennes, et sont souvent confondues avec elles jusqu'à la mort; la mort a lieu ordinairement par l'interruption trop prolongée de la circulation qu'elles occasionnent, et leur pression sur la vessie et les autres viscères voisins. La rétroversion de l'utérus et la rétention d'urine ont souvent lieu dans les derniers périodes de la maladie.

Lorsqu'elles sont situées sous la membrane péritonéale de l'utérus, les tumeurs fibreuses n'empêchent pas la grossesse d'avoir lieu; car elles n'interrompent pas ordinairement la communication du vagin avec les ovaires; mais lorsqu'elles adhèrent à la partie postérieure du corps et du col de l'organe, elles causent souvent la mort de la mère et de l'enfant, en empêchant l'accouchement de s'accomplir. Chaussier a présenté à l'École de médecine l'utérus d'une femme morte en travail à la Maternité, par suite d'une tumeur fibro-cartilagineuse, du volume du poing, formée dans l'épaisseur des parois du col de l'organe. L'obstacle opposé par cette tumeur a été tel, que la tête de l'enfant a été écrasée dans son passage à travers le pelvis. Dans le muséum de l'Université de Londres, on voit une tumeur fibreuse de la grosseur et presque de la dureté d'une balle à jeux, tirée du cadavre d'une femme qui était morte faute de pouvoir accoucher. La tumeur est située à la partie postérieure et inférieure de l'utérus, dans le tissu sous-péritonéal. Meriman rapporte, d'après Van Doeveren, le cas d'une femme qui ne pouvait accoucher à cause de la présence d'un gros polype dans le vagin, il en tordit le pédicule, arracha la tumeur avec les mains, et la femme mit au monde un enfant mort. Le même auteur nous a conservé l'histoire d'un fait plus intéressant encore; il s'agit d'une femme enceinte qui avait une tumeur fibreuse fort volumineuse, attachée au col de l'utérus; il a appliqué une ligature sur le pédicule, et en peu de jours la tumeur tomba. La santé générale de la patiente s'améliora après l'opération, et elle accoucha plus tard d'un enfant à terme et vivant. M. Gooch a fait connaître un cas qu'il a observé dans la pratique de M. Borett de Yarmouth, en 1799, et qui s'est terminé par la mort après l'accouchement; en voici les détails. Au commencement du travail, on avait découvert une tumeur dans le vagin : après la rupture de la poche des eaux, comme l'enfant n'avançait point, on a pratiqué la version podolique, et l'enfant a été tiré vivant; le placenta fut expulsé spontanément. Quelques heures après, une tumeur molle, ronde, s'est présentée à l'orifice utérin. Des douleurs expulsives violentes se continuent pendant plusieurs heures; vingt-quatre heures après l'accouchement, on voit sortir par le vagin une énorme tumeur charnue, comme un utérus renversé. Le soir, la femme est morte dans les souffrances les plus cruelles. A l'autopsie, on a trouvé l'utérus contracté; mais son col avait été tiré en bas par l'énorme tumeur qui y adhérait par une large base. Cette tumeur adhérait à la lèvre postérieure du museau de tanche, et pesait 3 livres et quinze onces; le col de la matrice était livide. La femme avait accouché heureusement à la grossesse précédente, et quelque temps avant de devenir pour la dernière fois enceinte, son ventre était aussi gros que celui d'une femme grosse de sept mois. M. Deneux rapporte l'histoire d'un cas de tumeur fibreuse de l'utérus, expulsée du vagin après un avortement à quatre mois; voici le fait :

Une dame âgée de 30 ans vit son ventre grossir après son second accouchement, et la menstruation devenir irrégulière; ensuite elle commença à éprouver quelques attaques de ménorrhagie. Elle est devenue enceinte pour la troisième fois, et avorta à quatre mois. Le placenta fut expulsé avec difficulté, et l'utérus est resté plus gros que dans l'état ordinaire. La malade a éprouvé de la fièvre et des douleurs abdominales. Quelques jours après, on aperçoit à la vulve un corps mou et charnu qu'on a pris pour un placenta. La fièvre a continué, et ce corps, qu'on a bientôt reconnu pour une tumeur fibro-cartilagineuse, a été lié à sa base: mais la femme est morte. A l'autopsie on a trouvé une tumeur du volume du poing, de forme irrégulière, composée de deux parties distinctes : une partie externe gangrenée et putréfiée; une partie interne ou centrale, blanche, fibreuse, lamellaire, un peu aréolaire, dure et résistante au tranchant d'un bistouri. L'utérus et l'abdomen étaient enflammés; la source de la tumeur était à la partie intérieure de l'utérus. Une cavité lisse existait dans la paroi antérieure de la matrice redoublée d'une membrane fine, dont une partie avait été comprise dans la ligature. Dans le reste, l'utérus était sain.

Un cas des plus remarquables d'expulsion de tumeur fibreuse de l'utérus a été observé par M. Cruveilhier chez une jeune femme qui avait, dix-neuf jours après un accouchement difficile, été atteinte de douleurs comme pour accoucher, ce qui a fait croire à une superfœtation. Après trois jours de souffrances tellement graves qu'on désespérait de sa vie, elle a rendu trois corps plats de consistance considérable, et qui ont été facilement reconnus pour des corps fibreux.

Lorsque les tumeurs fibreuses se forment entre les couches musculaires de l'utérus, et qu'elles acquièrent un gros volume, le fond, le corps et l'orifice de cet organe deviennent hypertrophiés comme dans la grossesse, et leur figure s'altère considérablement. Si elles sont situées sur un point moyen entre le péritoine et la membrane interne, elles pressent également dans toutes les directions à mesure qu'elles se développent lentement, et font proéminer l'utérus en dedans et en dehors à la fois. Lorsqu'une couche mince de substance musculaire est interposée entre la tumeur et le péritoine, la saillie ne s'observe que du côté de la surface péritonéale et la cavité de l'organe reste intacte.

Dans le cas où la tumeur fibreuse est enchâssée dans la propre substance de l'utérus, la femme est ordinairement stérile, ou, si elle devient enceinte, elle avorte, à cause de l'impossibilité qu'éprouve l'utérus à se développer dans les derniers mois de la gestation. Si l'œuf n'est pas prématurément expulsé, la mort peut avoir lieu par l'hémorrhagie consécutive à l'accouchement. Chaussier vit une femme périr d'hémorrhagie après avoir été heureusement accouchée d'un enfant à terme; elle avait une tumeur fibreuse à la paroi postérieure de la matrice; cette tumeur n'était pas située de manière à empêcher l'expulsion de l'enfant, mais elle l'était convenablement pour empêcher la contraction consécutive de la matrice. L'hémorrhagie avait eu lieu de l'endroit de l'utérus où cette tumeur était implantée; le sang n'ayant pu être arrêté, la malade a succombé.

Une femme, âgée de 42 ans, était en couches d'un enfant hydrocéphale; on a dû pratiquer l'embryotomie pour l'accoucher. La liqueur de l'amnios s'élevait à seize pintes. Une hémorrhagie abondante a eu lieu après l'extraction du placenta, et le troisième jour après les couches, la femme est morte par inflammation du péritoine et de la membrane musculaire de l'utérus. A l'autopsie, j'ai trouvé une tumeur fibreuse dure du volume d'un œuf de poule dans la couche musculaire, à l'endroit où le placenta adhérait à la matrice.

M. Outrepont a accouché une femme qui est morte, peu de temps après, d'hémorrhagie utérine. A l'autopsie, on a trouvé trois tumeurs fibro-cartilagineuses dans le corps de l'utérus. La plus grosse avait dix pouces dans le grand diamètre et cinq dans l'autre. Ces tumeurs avaient empêché le fond de la matrice de se développer convenablement dans les derniers temps de la grossesse, et l'enfant n'avait trouvé de l'emplacement que dans les parois du col utérin, qui étaient excessivement dilatées et amincies.

Une femme de 40 ans venait d'accoucher de deux jumeaux; elle est morte, trois jours après, d'hémorrhagie utérine. A l'examen du cadavre, M. Cowme a trouvé une grosse tumeur fibreuse renfermée dans une coque de matière calcaire et située dans la paroi postérieure de l'utérus.

Il n'y a pas de signes à l'aide desquels on puisse distinguer, durant la vie, la présence d'une tumeur fibreuse entre les couches musculaires de l'utérus. On peut cependant soupçonner son existence chez les femmes qui ont dépassé l'âge moyen de la vie, qui souffrent habituellement de flueurs blanches, qui sont réglées avec profusion et qui ont des attaques fréquentes de ménorrhagie avec un sentiment de poids et d'irritation dans la région de l'utérus et des organes adjacents. On ne découvre aucune altération de structure au col, mais un examen attentif fait sentir l'utérus plus gros et plus pesant que dans l'état naturel. L'orifice du col n'est ni irrégulier, ni dur, ni douloureux à la pression. Les tumeurs fibreuses se développent quelquefois entre la membrane muqueuse, ou interne, et la musculeuse de l'utérus. A mesure que la tumeur se développe, elle distend par degrés la cavité comme l'œuf de la conception; elle pousse en avant, vers l'orifice, la membrane muqueuse de l'utérus, ainsi que le fait une hernie à l'égard du péritoine. L'action constante de l'utérus fait avancer graduellement la tumeur dans le vagin, ou, après un temps plus ou moins prompt, des changements de structure s'opèrent dans sa membrane externe, dans son pédicule et dans sa partie centrale. Quelquefois la membrane muqueuse qui recouvre la tumeur ne présente pas d'altération sensible, mais fréquemment elle est très-vasculaire, épaissie et enflammée, ou bien elle s'ulcère, se gangrène, et donne lieu à un écoulement fétide, sanieux, et à des symptômes d'une maladie maligne. Dans quelques cas fort rares, la tumeur acquiert des adhérences avec le vagin.

Dupuytren pensait qu'en abandonnant à eux-mêmes les polypes utérins, ils finissent par dégénérer en cancer. Il fait observer que, tant que ces tumeurs ne donnent qu'un écoulement rouge ou blanc, et exempt de fétidité, leur densité est égale partout. Si l'on introduit alors le spéculum, on observe un corps lisse, couleur rose; mais si l'écoulement est sanieux, très-fétide, l'on ne trouve qu'une tumeur fongueuse molle, s'étendant plus ou moins, selon le temps que l'écoulement fétide a existé. C'est aussi à compter de cette époque, continue Dupuytren, que la constitution commence à éprouver des effets fâcheux, que la peau devient pâle et jaune, que la fièvre se déclare, que l'émaciation fait des progrès et que l'appétit et le sommeil se perdent. Il paraîtrait, d'après ce chirurgien, qu'il y a une coïncidence très-marquée entre les apparences de gangrène révélées par l'écoulement fétide et sanieux, et le commencement de dégénérescence cancéreuse. Ce changement n'a lieu d'abord qu'à la partie inférieure de la tumeur, exposée au contact de l'air, le pédicule n'en étant affecté que le dernier. L'opinion de Dupuytren relative à la dégénérescence cancéreuse des polypes utérins n'a pas été confirmée, à ce que je sache. Le fait suivant est digne d'attention sous ce rapport.

Obs. — Une femme, âgée de 44 ans, est morte à l'hôpital Marylebone avec les symptômes d'une maladie maligne de l'utérus. Elle avait beaucoup souffert aux derniers mois de sa vie de douleurs à l'hypogastre, et de pertes sanguines et purulentes par le vagin. Son teint était jaune-paille, et elle était extrêmement émaciée. Je dois à mon ami et collègue, M. Sims, les détails de l'autopsie que je vais rapporter. Il existait sous le péritoine du fond de l'utérus une tumeur fibreuse, ayant un col étroit et le volume d'une grosse noix. A la face interne du fond de la matrice pendait un mince appendice de la tumeur,

de figure pyriforme, qui avait traversé le col utérin et remplissait la partie supérieure du vagin. La tumeur était couverte de la membrane utérine de l'utérus, épaissie et continue. La membrane qui couvrait la racine de la tumeur était parfaitement lisse, mais la portion qui enveloppait son prolongement était ramollie et en partie détruite par un travail d'ulcération et de gangrène. La partie centrale de la tumeur offrait une structure dense, fibro-cartilagineuse. Une autre tumeur fibreuse, d'un pouce de diamètre, était enchatonnée dans le tissu musculaire de l'utérus, près la racine de la tumeur précédente et comprimant fortement cette dernière. Lorsque l'utérus a été ouvert, on n'a trouvé dans son intérieur que du sang coagulé.

Dans un autre cas que je vais rapporter, et que je dois à l'obligeance de mon collègue M. Perry, la tumeur fibreuse était enveloppée d'un kyste formé par la membrane interne de l'utérus et par une portion de la couche musculaire. L'autopsie a été faite par MM. Sims et Hutchinson. Lorsqu'ils ont ouvert la tumeur, de la racine au sommet, ils se sont assurés que la substance de l'utérus se continuait dans la masse morbide et formait son pédicule. La tumeur pendait de la sorte du col de l'utérus.

Obs.—Une femme, âgée de 47 ans, soignée comme ascitique, et épuisée par des hémorrhagies utérines, a été reçue à l'hôpital Marylebone, le 26 novembre 1833. Quelques jours après son entrée, MM. Sims et Perry ont constaté dans le vagin la présence d'une tumeur globulaire, d'un volume plus gros que celui de la tête d'un fœtus à terme. Au premier abord, la tumeur faisait croire à un prolapsus de la matrice; mais, en portant le doigt au-dessus, on sentait qu'elle tenait à la lèvre antérieure du col par un pédicule court et fort épais. La surface de la tumeur était d'un noir livide et offrait une apparence gangréneuse sur plusieurs points. La femme était tellement affaiblie au physique et au moral qu'elle n'a même pu raconter distinctement l'histoire de ses souffrances, et l'époque de l'apparition extérieure de la tumeur est restée incertaine. Tout ce qu'elle a pu faire comprendre, c'est qu'elle souffrait depuis plusieurs années de pertes sanguines par le vagin, et qu'à différentes époques une tumeur s'était montrée au dehors, et qu'elle avait toujours été repoussée à l'aide de la pression.

MM. Sims et Perry ont immédiatement pratiqué la ligature de la tumeur. On a restauré un peu la femme à l'aide d'une potion laudanisée; elle paraissait aller un peu mieux; mais le soir elle s'est affaissée et est morte 24 heures après la ligature.

Nécropsie. Existence d'un gros kyste dans l'ovaire gauche, contenant plusieurs pintes de fluide. Plusieurs petits kystes sont rencontrés dans l'ovaire droit. L'utérus et le vagin sont sains. A la partie antérieure du col de la matrice est une grosse tumeur dure, aplatie à ses faces antérieure et postérieure, attachée à un court et épais pédicule sur lequel on voit une légère dépression, produite par la ligature. La tumeur est enveloppée d'une membrane qui est évidemment une continuation de celle qui redouble l'intérieur de l'utérus. La surface de la tumeur est en partie couverte d'une exsudation de lymphe jaunâtre, qui se détache facilement en flocons. En la comprimant, la masse morbide laisse échapper du sang par de nombreuses et petites ouvertures.

La racine de la tumeur a un demi-pouce de longueur et un pouce de largeur, est extrêmement dense, d'apparence rouge, charnue, semblable à la couche musculaire de la substance de l'utérus.

De gros et nombreux vaisseaux sanguins, analogues au sinus de la matrice pleine, remplis de coagulum, existent sur le pédicule et dans la substance du corps de la tumeur. Ayant été coupée, sa substance présente un aspect livide ou noir comme le sang veineux. Sa structure n'est pas uniforme. Dans la partie la plus déclive de la tumeur est une masse en tout semblable aux tumeurs fibreuses ordinaires de l'utérus. La racine et une grande portion de la tumeur environnant ce noyau offrent une structure différente; elles ont les apparences de la couche musculaire de l'utérus, et se continuent effectivement avec le tissu de cette dernière. Des vaisseaux gros et nombreux, semblables aux sinus de la matrice enceinte, traversent cette portion de la tumeur comme sa racine.

Dans le treizième fascicule de l'anatomie pathologique de M. Cruveilhier, est représenté un utérus dont la paroi antérieure offre une tumeur fibreuse enveloppée par les membranes muqueuse et musculaire de l'organe. La cavité utérine est distendue par la tumeur traversée par de grosses veines remplies de sang coagulé. Sur différents points de la tumeur, on voit de petites cavités remplies de sérum, et plusieurs grands sinus utérins qui s'ouvrent à la surface de son sommet, et qui avaient donné lieu aux hémorrhagies qui avaient enlevé la malade. « Cette tumeur, dit M. Cruveilhier, était ramollie : les petites masses dont l'agglomération constitue les tumeurs fibreuses étaient disjointes, et la scrofule remplissait leurs intervalles. La mollesse de la tumeur rendait leur énucléation difficile : cependant on saisissait aisément la ligne de démarcation qui séparait le tissu utérin du tissu de la tumeur.... On conçoit que la distension de l'espèce de coque qui recouvre le corps fibreux proéminent dans la cavité utérine doit amener quelquefois l'inflammation, l'usure de cette coque, et l'expulsion définitive de la tumeur. Il existe un assez grand nombre d'exemples de ces expulsions spontanées qui sont toujours accompagnées d'accidents très-graves.... Les efforts d'expulsion peuvent avoir pour résultat le déchirement de la couche qui recouvre les tumeurs : et si de gros vaisseaux se trouvent compris dans l'épaisseur de cette couche, une hémorrhagie mortelle peut en être la suite. Ces hémorrhagies peuvent se renouveler aussi souvent que se font les efforts d'expulsion, efforts qui, comme toutes les fonctions utérines, sont soumis à la loi de périodicité (p. 18). »

Boivin et Dugès soutiennent aussi l'opinion que les polypes utérins sont quelquefois couverts de fibres charnues, continues à celles de la membrane moyenne de la matrice. « Le docteur Breschet assure également, disent ces auteurs, avoir toujours vu les polypes revêtus d'une membrane mince, unie, luisante; dans d'autres cas bien distincts, charnue et d'autant plus mince qu'on se rapprochait davantage

du pédicule si la tumeur était volumineuse, d'autant plus épaisse si la grosseur était médiocre; mais toujours évidemment continue avec les fibres charnues de l'organe même dans lequel le polype a pris naissance; elle était bien manifestement due à la couche intérieure de ces fibres repoussées en dedans, et entraînées à la surface d'un corps fibreux, dont le siége primitif avait été l'épaisseur même des parois du viscère. »

Dans le fait que je vais rapporter, et que je dois à l'obligeance de MM. Meriman et Cocke, la capsule formée par les membranes interne et musculeuse de l'utérus avait entièrement disparu, non-seulement au sommet, mais encore au milieu de la tumeur.

Obs.—Le 18 novembre 1833, M. Cocke a été appelé auprès d'une femme d'âge moyen, qui était en travail de son cinquième enfant. L'hémorrhagie était abondante; en la touchant, il a senti une masse spongieuse adhérant à la partie postérieure du col de l'utérus; il l'a prise pour le placenta. Aucune partie de l'enfant n'était touchable. Ayant attendu quelque temps, et voyant d'un côté l'hémorrhagie continuer, de l'autre l'enfant ne pas avancer, malgré les contractions puissantes de la matrice, M. Cocke a introduit sa main dans cet organe, et a senti de suite le bras de l'enfant; il a cherché les pieds, tiré l'enfant et délivré la femme. La difficulté a été considérable, quand il s'est agi de faire passer la tête : l'extraction du placenta a fait diminuer l'hémorrhagie. Les douleurs ont continué violemment toute la nuit.

Le lendemain, une tumeur du volume de la tête de l'enfant a été sentie dans l'utérus, adhérant à la partie postérieure et inférieure de cet organe. M. Mériman ayant été consulté, a paru très-satisfait que les douleurs avaient été produites par la présence d'une grosse tumeur dans l'utérus. La femme est morte trois jours après. L'autopsie a été faite par M. Cocke.

Sept mois plus tard, j'ai eu l'occasion d'examiner la pièce pathologique. La tumeur était enchâssée dans les parois de l'utérus, vers la partie postérieure et inférieure de cet organe, faisant saillie dans sa cavité et la remplissant. La racine et le corps de la tumeur étaient couverts de la membrane interne et de la couche musculaire de l'utérus. A la partie la plus basse de la masse, la capsule présentait une ouverture circulaire d'un pouce et demi de diamètre, à bords minces et lisses, et à travers laquelle on voyait la substance fibreuse de la tumeur.

Au côté droit, on observait également deux ouvertures considérables par destruction des enveloppes. Le pédicule était uniquement formé par la substance musculaire de l'utérus. De grosses veines existaient non-seulement à la racine de la tumeur; mais encore dans les autres fibres musculaires qui enveloppent le corps morbide.

Quand une tumeur fibreuse se forme entre les couches musculaires, et qu'elle est par conséquent couverte par la membrane interne de l'utérus et par une couche de fibres musculaires, le pédicule est épais et court. Il faut alors une action utérine beaucoup plus longue pour chasser une tumeur pareille dans le vagin, et souvent la malade meurt par l'irritation prolongée et les pertes de sang qui en résultent. Les dissections que j'ai faites me portent à croire que ce n'est pas de la situation ou de l'état primitif du polype que dépend la consistance et la forme du pédicule, ainsi que Herbiniaux et Dupuytren le pensaient; mais bien de la quantité des fibres musculaires que la tumeur repousse devant elle; dans tous les cas où le pédicule est court et épais, il est composé non-seulement de la membrane muqueuse, mais encore de la musculeuse de l'utérus. Cette observation explique, 1° pourquoi il est inutile d'appliquer une ligature tant que le polype est encore dans la cavité utérine; 2° pourquoi, après l'ablation de la masse morbide, ce qui reste du pédicule ne repousse jamais, ainsi que Clément et Puzos l'ont fait observer.

Les tumeurs fibreuses peuvent naître au fond, au corps, au col ou à l'orifice de l'utérus. Lorsqu'un gros polype se forme dans les parois du fond, et qu'il descend vers le vagin, l'utérus se renverse quelquefois. Un exemple de ce cas a été observé par William Hunter; la malade mourut : à l'autopsie, on trouva que l'utérus renversé avait été compris dans la ligature.

M. Denman vit une jeune dame qui souffrait depuis longtemps d'hémorrhagies internes fréquentes, et de douleurs très-violentes comme pour accoucher. A l'examen il trouva dans le haut du vagin un polype; il l'entoura d'une ligature avec difficulté; aussitôt que le fil commença à être serré, la malade se plaignit de douleur très-intense et fut saisie de vomissement; on lâcha la ligature; puis on la resserra de nouveau; nouveaux accidents pareils immédiatement. Après plusieurs tentatives, Denman fut obligé de se désister, et laissa flasquement la ligature en place, pour calmer l'imagination de la malade. La femme est allée de mal en pis, et finit par succomber six semaines après la tentative de Denman. A l'autopsie, on trouva l'utérus renversé par un polype, et la ligature placée sur la partie déplacée de la matrice. Le polype, cependant, ne pesait pas plus d'une once, et manquait presque tout à fait de pédicule. Denman fait observer avec raison que le renversement n'avait pas été, dans ce cas, produit mécaniquement, mais bien par la contraction violente que son irritation avait provoquée comme tout autre corps étranger.

Dans le muséum de l'Université de Londres, on voit une matrice enceinte à l'état de renversement, offrant en même temps une grosse tumeur fibreuse, à pédicule épais et pendant dans son fond. M. Alexandre Shaw m'a appris que cet utérus avait été tiré du cadavre d'une femme morte à l'hôpital Middlesex; elle avait fait plusieurs enfants, et son renversement s'était déclaré après la dernière couche.

Lorsqu'une tumeur fibreuse volumineuse existe sous la membrane muqueuse du col de l'utérus, il arrive quelquefois qu'elle est expulsée subitement dans le vagin pendant un effort de vomissement ou autre, et occasionne des symptômes fort analogues à ceux du renversement chronique de la matrice; la membrane qui recouvre la tumeur étant la même que celle qui recouvre la matrice renversée, et étant aussi sujette aux mêmes altérations. Sans un examen attentif de la tumeur et des antécédents de la maladie, on pourrait facilement confondre ces deux affections entre elles.

Bien que les faits que je viens de rapporter démontrent clairement que le plus grand nombre des polypes utérins ne sont que des tumeurs fibreuses formées au-dessous de la membrane muqueuse et d'une couche de tissu musculaire, nous ne sommes pas autorisés à conclure, ainsi qu'on l'a fait, qu'il n'y a que ces tumeurs seulement qui descendent de la matrice dans le vagin et qui ne sont pas de nature maligne. Il y a une tumeur du fond ou du corps de l'utérus, qui émane quelquefois de sa membrane muqueuse, et qui, sans acquérir un grand volume, paraît analogue aux végétations polypeuses des cavités nasales.

Cette variété de tumeur a une large base, une forme aplatie, et présente souvent de fort gros vaisseaux dans sa substance. Jusqu'à présent je n'ai eu l'occasion de rencontrer que deux fois l'espèce de polype dont il s'agit; j'en présente les pièces pathologiques à la Société.

Mais ce n'est pas tout; il y a une troisième variété de polype utérin, d'une structure particulière et qui diffère entièrement des précédentes, je veux parler d'une sorte de kyste hydatique qui se forme au-dessous de la muqueuse utérine. Cette tumeur résulte d'une quantité de petites vésicules remplies d'eau claire ou jaunâtre : ces vésicules hydatiques sont elles-mêmes renfermées dans un sac fibreux et mou engendré sous la muqueuse. Je possède cinq exemples de ce cas que j'ai observés moi-même; dans tous la tumeur était logée au-dessous de la membrane interne du fond de l'utérus; cette membrane était fort mince et fort vasculaire. Deux de ces tumeurs adhéraient à l'utérus par une large base. L'une d'elles ressemblait à une figue sèche; l'autre était plus volumineuse qu'un œuf de poule et distendait la cavité utérine dont les parois étaient d'ailleurs fort saines.

Boivin et Dugès ont probablement voulu parler de la même maladie à la page 269 de leur ouvrage; et sous le titre d'excroissance cellulaire de l'utérus.

Une quatrième variété de polypes utérins est celle qui résulte de l'hypertrophie des glandes ou *ovula Nabothi*. Un de ces corps se convertit quelquefois en kyste du volume d'une noix ou même d'un œuf de poule et pend par un pédicule mince du col ou des lèvres du museau de tanche. Cette tumeur est lisse et vasculaire et contient parfois une matière analogue à du lait caillé, ou bien un liquide filant et jaunâtre. Elle produit une grande irritation et donne naissance à des écoulements abondants de matière muco-sanguine par le vagin. Sur une pièce qui m'a été présentée par M. John Wood, on voyait plusieurs glandes hypertrophiées pendre du col de la matrice par des pédicules minces et allongés. Une de ces glandes du volume d'une noix avait une surface lisse; coupée elle a offert à son intérieur une matière jaune et molle. J'ai rencontré depuis plusieurs autres exemples de cette affection. Herbiniaux a décrit cette espèce de tumeur sans en avoir pourtant connu la nature.

Portal a dit très-clairement que des excroissances naissent quelquefois au col de l'utérus par hypertrophie des follicules de cette partie comme au nez et à la mamelle. M. Gooch a décrit également les petites tumeurs dépendant des glandes ou follicules du col utérin, mais il ne les distingue pas des autres variétés de polypes. Andral et Boivin en ont également fait mention, mais ce dernier auteur les confond avec les tumeurs fibreuses.

Les observations précédentes prouvent qu'il y a au moins quatre variétés distinctes de tumeurs non malignes à l'utérus : 1° la tumeur fibreuse, 2° la folliculaire ou glandulaire, 3° la cystique ou vésiculaire, 4° et enfin la muqueuse. A ces variétés on pourrait peut-être en ajouter une cinquième, la tumeur érectile.

Quant au traitement des différentes tumeurs que je viens de décrire je n'ai que peu de chose à dire. L'iode, le mercure et tous les autres remèdes fondants n'ont aucune prise sur ces maladies. Les femmes atteintes de tumeur fibreuse à l'utérus doivent éviter toute espèce de pression mécanique à l'hypogastre, d'exercice violent du corps, et tout ce qui peut exciter l'inflammation ou des congestions sanguines vers le bassin. Lorsque la congestion a eu lieu, il faut la combattre à l'aide de saignées locales, de doux cathartiques et de remèdes anodins. Les hémorrhagies utérines seront combattues par le repos, la position convenable, les applications froides à l'hypogastre et l'usage intérieur de l'acétate de plomb.

Lorsque la tumeur quelle qu'elle soit passe dans le vagin, il faut l'enlever à l'aide de la ligature ou du bistouri. Si le pédicule est mou et mince, la tumeur peut être tordue à l'aide du forceps. Dupuytren dit avoir opéré deux cents femmes de polypes utérins à l'aide de l'excision dans le cours des vingt dernières années de sa pratique. Sur ce nombre il n'a eu d'hémorrhagie à combattre que deux fois; il l'a arrêtée à l'aide du tamponnement. Sur huit ou dix cas, après l'application de la ligature, la mort a eu lieu deux fois par l'absorption du pus.

Lorsque le pédicule de la tumeur est large et vasculaire, je commence d'abord par lier la tumeur aussi haut que possible avant d'en venir à l'excision ou à la torsion.

---

*De la résection des os de la face;* par M. le docteur Dieffenbach.

Parmi les dix-huit observations de résections partielles des os de la face, rapportées par M. Dieffenbach, nous en trouvons une très-remarquable par l'immense difficulté qui s'est présentée dans son exécution, et par l'habileté avec laquelle le chirurgien de Berlin l'a surmontée; il ne s'agissait de rien moins que de circonscrire le globe de l'œil et le nerf optique, et d'enlever tous les tissus qui entourent cet organe, tout en conservant la vision; mais, dans la même opération, comme nous le verrons dans la première observation que nous citons, il a détruit la régularité des mouvements de la face, ce qui l'a conduit à un nouveau procédé pour atteindre les tissus profondément situés dans la joue, tout en conservant l'usage des nerfs faciaux qui s'y rendent. A cet effet, M. Dieffenbach attaque les parties malades, en incisant la face sur la ligne médiane, lors

même que la maladie est placée en arrière de la joue, et il dissèque un lambeau, qu'il sépare des côtés du nez et de la bouche pour le déjeter en arrière; par ce procédé, il ne conserve pas seulement l'intégrité des nerfs faciaux; mais il évite la section du conduit de stenon, qui est nécessairement divisé lorsqu'on fait une incision verticale sur le milieu de la joue.

Ce procédé a trouvé son application dans les trois dernières observations, remarquables sous plusieurs rapports.

Obs. — M. G. de F., âgé de 22 ans, fort et bien constitué, était atteint d'une difformité à la face qui ne lui permettait plus de se montrer en public. Le côté gauche de la face était considérablement tuméfié, et couvrait pour ainsi dire le côté droit; le nez était dévié, et l'œil droit, chassé hors de son orbite, occupait le point culminant de la tumeur. Les paupières renversées et affectées d'ectropion ressemblaient aux parties génitales de la femme fortement dilatées, et entouraient cette tumeur en forme de cercle. La peau de la joue était fortement tendue et animée, et couverte à sa partie supérieure d'un réseau de veines variqueuses. La tumeur était séparée en deux par une espèce de sillon. Le jeune homme jouissait du reste d'une bonne santé; aucun de ses sens n'était altéré, pas même la vision dans l'œil qui faisait saillie hors de l'orbite. Les soins n'avaient point été négligés pour remédier à ce désordre; les hommes de l'art les plus distingués, avaient été consultés. Le malade avait pris, entre autres, 200 bouteilles de la tisane de Zittmann, et subi plusieurs traitements mercuriels, sans la moindre amélioration. Fatigué de ces non-succès, le malade était resté pendant deux ans sans rien faire.

Convaincu de l'inefficacité de toute médication, je me décidai à enlever la tumeur qui me paraissait être de nature fibreuse. J'ai commencé l'opération par une incision longitudinale partant de l'angle externe de l'œil, et se rendant au bord de la mâchoire inférieure; les parties molles furent détachées des tumeurs, et les deux lambeaux résultant de cette dissection ayant été renversés, je procédai à l'extirpation de la tumeur placée sous l'arcade zygomatique, qui faisait une forte saillie; en contournant le corps des maxillaires supérieurs fortement repoussés en arrière, je parvins à la base externe du crâne, où je coupai le principal pédicule de la tumeur. D'autres ramifications qui s'étaient étendues dans les fosses nasales, fortement distendues, de même que la voûte palatine, qui avait pris une forme concave, furent également coupées. Ceci terminé, j'enlevai la tumeur placée dans l'orbite, et qui communiquait avec la précédente par plusieurs pédicules traversant les ouvertures des parois de l'orbite.

Il était difficile de conserver l'œil; je parvins cependant à l'isoler de tout ce qui l'entourait, et à séparer le nerf optique de la tumeur qui était adhérente aux parois de l'orbite. Je réussis à enlever toute la tumeur, malgré quelques pédicules fort durs qui avaient perforé l'os. Le globe de l'œil et le nerf optique, qui ressemblait à un cordon allongé, étaient parfaitement isolés. Nous résolûmes, de concert avec mon ami le docteur Humberg, qui s'est spécialement occupé des maladies des nerfs, de faire avec cet œil quelques expériences relatives à la vision. L'autre œil étant fermé, le malade distingua parfaitement tous les objets, quelle que fût la direction qu'on donnât à l'œil.

Le globe oculaire étant trop petit pour pouvoir remplir l'orbite débarrassée des tissus graisseux, je me décidai à replier le nerf optique en spirale dans l'orbite, et j'y enfonçai le globe de l'œil de façon qu'il ne touchât que légèrement les parois. Je fis avec les paupières, considérablement distendues, des voiles plus en rapport avec les parties, et les fixai au moyen de sutures à anses très-fines. L'opération fut terminée par la réunion de la grande plaie de la face, au moyen d'un grand nombre de sutures entortillées, en me servant d'aiguilles plus ou moins fortes, selon l'épaisseur des bords des parties molles.

Pour prévenir la sortie de l'œil, les paupières furent fermées et recouvertes d'un plumasseau de charpie, qui maintint l'organe dans l'orbite.

Le malade fut soumis à un régime antiphlogistique sévère. Purgatifs salins, saignées générales, application fréquente d'une grande quantité de sangsues sur la face, fomentations continues d'eau à la glace. Grâce à ce traitement énergique, il n'y eut pas un moment de danger. Les plaies se cicatrisèrent rapidement par première intention, et le deuxième, troisième et septième jour, les sutures purent être enlevées; au bout de quelques semaines, les parties profondes étaient également cicatrisées. Un nouveau tissu cellulaire s'étant formé dans l'orbite, le globe de l'œil et les paupières reprirent leur place naturelle; et, plus tard, ce jeune homme ne présentait d'autre particularité qu'une obliquité de l'œil par rapport à l'ouverture de la paupière, de même qu'une obliquité de la bouche avec paralysie de la joue, suite nécessaire de la section du nerf facial.

Deux ans après l'opération, la paralysie de la joue et de l'angle de la bouche avait considérablement diminué, et l'œil, entraîné par les mouvements des paupières, avait acquis une certaine mobilité.

Obs. II. —Madame H., âgée de 54 ans, maladive, ressentit depuis plusieurs années dans la narine gauche un obstacle au passage de l'air, qui ne pouvait en être chassé qu'avec peine. La narine finit même par être entièrement obstruée, et l'on remarqua dans le fond une tumeur livide qui avait résisté à toute espèce de traitement. Consulté par la malade, je reconnus un fongus mélanique qui remplissait la narine gauche, et qui imprimait une forte saillie aux parties extérieures parsemées de taches noires.

Je fis prendre pendant quelque temps à la malade la décoction de Zittmann. Après quoi, j'essayai d'arracher du fongus tout ce que je pouvais atteindre avec les pinces. Une grande partie de la muqueuse des fosses nasales passée à l'état lardacé fut enlevée; les os propres du nez étant cariés, le fer incandescent, de la grosseur d'un petit doigt, fut introduit dans la narine et les parties cautérisées. La malade, soumise à un régime antiphlogistique, fit encore usage, pendant six semaines, de la décoction de Zittmann.

Pendant plusieurs mois après l'opération, la maladie paraissait marcher vers la guérison; mais le fongus se reproduisit et s'étendit aux os propres du nez, au maxillaire supérieur, surtout vers l'épine nasale antérieure. Les parties étaient saillantes, et

le fongus, qui cherchait à se faire jour, n'était plus maintenu que par la peau.

Quatre mois et demi après la première opération, j'entrepris la seconde. Une incision longitudinale fut faite et divisait le nez et la lèvre supérieure à leur partie moyenne. Le lambeau résultant des parties molles fut renversé en dehors, après avoir été préalablement détaché des os; une partie des os propres du nez et du maxillaire supérieur qui étaient cariés furent enlevés au moyen de la scie. Les caries les plus profondes furent enlevées au moyen des pinces, de la scie, du couteau ou des ciseaux, de même que le fongus, qui projetait ses racines jusque dans le sinus frontal. Enfin, après avoir enlevé une partie de la peau du nez devenue mélanée, la plaie fut réunie par un grand nombre de sutures entortillées, et la malade soumise à un régime antiphlogistique.

Mon célèbre ami J. Muller, auquel j'ai remis les parties enlevées, a vu la malade le troisième jour après l'opération, presque guérie, et le quatrième, la plaie de la face était entièrement fermée, ne présentant qu'une cicatrice linéaire. Les soins assidus du docteur Reich ont eu une heureuse influence sur la marche de la maladie, et aujourd'hui il y a plus d'une année d'écoulée depuis la dernière opération, sans la moindre apparence de rechute.

L'observation suivante de résection des os de la face offre encore un plus grand intérêt que la précédente.

Obs. III. — Je reçus un jour la visite d'une dame couverte d'un voile épais, qui désirait m'entretenir en particulier. En écartant son voile, j'aperçus une face qui ressemblait à une citrouille; mes yeux ne virent qu'une grande masse arrondie; sur le côté de laquelle on voyait une figure tiraillée, avec un nez renversé, dont l'aile gauche, considérablement distendue, recouvrait, ainsi que la peau de la joue, la tumeur.

Les paupières étaient également fortement distendues, et avaient acquis une grande obliquité. Une quantité considérable de veines variqueuses silonnaient la peau. Cette dame, âgée de 48 ans, s'était ressentie des premiers symptômes de son mal à l'âge de 18 ans.

Je commençai l'opération par une grande incision longitudinale, partant entre les deux sourcils et divisant la face à sa partie moyenne, qui, dans ce cas-ci, était rejetée vers le côté. Après avoir divisé le nez et la lèvre supérieure, je fis au-dessus de la racine du nez une incision transversale parallèle à la fente des paupières. La moitié du nez, la paupière inférieure, les joues, la lèvre supérieure furent détachées de la tumeur jusqu'auprès de l'oreille, et ce grand lambeau renversé.

La tumeur inégale et arrondie ne put être détachée des parties profondes; il fallut d'abord à l'aide d'une scie à amputation enlever les parties les plus saillantes; le nez fut ensuite enlevé jusque dans le voisinage des sinus frontaux au moyen d'une petite scie; une grande partie du bord inférieur et du plancher de l'orbite furent également sciés; de même que l'arcade zygomatique et une partie de la mâchoire supérieure, de manière à ne laisser que le bord alvéolaire. Après avoir divisé les adhérences les plus profondes avec une scie en forme de couteau, je parvins à détacher toute cette masse à l'aide de forts leviers. Si la tumeur ressemblait avant l'opération à une citrouille, la grande cavité qui existait maintenant ressemblait à l'intérieur d'un de ces fruits qui avait été vidé; à droite et à gauche les parties étaient molles au toucher à l'exception de points où l'os a été scié; les sept surfaces limitrophes de la cavité formaient la paroi postérieure du gosier.

L'opération fut terminée par l'extirpation de portions considérables de la tumeur, des sinus frontaux, d'où s'écoulait un pus sanieux.

Les plaies furent réunies par une grande quantité de sutures entortillées; les paupières et les angles de l'œil furent fixés par des sutures à anse.

La malade fut d'abord soumise à un régime analeptique; la face fut légèrement couverte, et on permit l'usage d'un peu de vin, afin de ranimer les forces de la malade, qui fut soumise plus tard à un régime antiphlogistique en rapport avec sa constitution. Le surlendemain de l'opération une légère turgescence s'établit dans les parties molles, et le troisième jour la réunion complète permit d'enlever les sutures. Dans un seul point cependant, entre la paupière inférieure et le nez, la cicatrisation ne s'était point faite, il y avait un point où le lambeau se rompit et se sphacéla dans l'étendue d'une pièce de vingt sous; accident auquel j'espérai pouvoir remédier avec le temps; au bout de quelques semaines la malade était rétablie de manière à pouvoir quitter le lit. MM. Jungken, Bérendt, Pombey, Hollhoff, ainsi que plusieurs autres jeunes médecins ont assisté à cette opération.

Il ne restait plus pour rendre la guérison complète qu'à remédier d'abord à la solution de continuité dont la cicatrisation ne s'était pas encore opérée, et en second lieu à relever les paupières qui avaient été tirées en bas par la cicatrisation intérieure. Le premier but fut atteint au moyen de l'application de quelques sutures, après avoir préalablement rafraîchi les bords de la plaie et fait quelques incisions latérales afin de favoriser le rapprochement de la peau. Il n'a pas encore été porté remède à la chute des paupières.

Cette dame jouit depuis quelques années d'une santé parfaite, sans la moindre apparence de rechute. La face a repris sa place, son aspect naturel, et n'a rien perdu de sa mobilité.

La tumeur était de nature fibreuse; une grande partie des os avait été détruite, et d'autres se trouvaient à l'état de fongus dans la tumeur.

Obs. IV. — M. K., âgé de 50 ans, ressentait depuis quelques années une tuméfaction progressive des os de la partie gauche de la face, accompagnée d'une douleur sourde, ressemblant à une pression permanente. Le nez était rejeté à droite, et son aile gauche qui recouvrait la tumeur arrondie était plus élevée que l'aile droite. La peau de la joue était d'un rouge livide et percée de plusieurs ouvertures fistuleuses.

L'os propre du nez du côté gauche, le bord de l'orbite et l'os zygomatique du même côté étaient ramollis. En ouvrant la bouche du malade, on remarquait une tumeur lardacée formée par les genci-

ves de la mâchoire supérieure et une partie de la voûte palatine.

Le malade avait subi plusieurs traitements et avait fait usage entre autres de la décoction de Zittmann, ce qui n'empêcha pas la tumeur qui était sur le point de percer la joue de se développer. Le malade prit alors la résolution de venir à Berlin se faire opérer.

Je commençai l'opération par l'incision de la face, en divisant le nez, la lèvre supérieure, et pénétrant jusque dans la bouche; une seconde incision transversale, communiquant avec la fente orbiculaire fut pratiquée. La paupière inférieure, la moitié du nez, la joue, la lèvre supérieure furent détachées de la tumeur, et le muscle masséter mis à nu. Je détachai également la lèvre supérieure droite avant de pratique la résection. J'ai commencé par scier la mâchoire supérieure à sa partie moyenne en allant de bas en haut, après avoir divisé le nez; je pénétrai avec mon instrument dans l'orbite en enlevant la plus grande partie du bord et du plancher orbitaire. L'os de la pommette étant divisé, j'enlevai tantôt avec le couteau, tantôt avec les ciseaux les parties les plus profondes, telles que la voûte palatine et le bord alvéolaire. Plusieurs parties disposées seulement à l'état cartilagineux furent également enlevées au moyen du couteau, et la cavité résultant de ces pertes de substance fut cautérisée avec le fer rouge; ce qui arrêta l'hémorrhagie, et me permit de réunir la plaie de la face en appliquant vingt sutures.

Le malade put encore se tenir debout après l'opération; transporté dans son lit, on lui fit prendre un peu d'eau et de vin; il fut soumis à un régime adoucissant, et lorsque les forces diminuèrent, il fut mis à l'usage d'une infusion de valériane : on maintint la liberté du ventre au moyen de purgatifs salins. Le quatrième jour les plaies de la face étaient cicatrisées, et les sutures enlevées. A l'angle interne de l'œil il s'était formé une petite plaie qui ne tarda pas à se cicatriser. Quinze jours après l'opération le malade put quitter le lit, et aujourd'hui vingt-huitième jour il peut se promener dans sa chambre.

M. Dieffenbach, dans la plupart des cas d'ostéosarcôme qu'il a eu occasion d'observer, a commencé par combattre le mal par une médication tant interne qu'externe sans avoir pu l'enrayer. Le mercure, l'iode, les préparations d'or, et la décoction de Zittmann sont les médicaments à l'aide desquels il cherchait à combattre les ostéosarcômes. A l'extérieur, il employa l'extrait de saturne qui produisit quelquefois un léger calme.

Chez la plupart des malades, les sarcômes avaient commencé par une alvéole, et se communiquaient ensuite non pas à droite et à gauche aux parties alvéolaires voisines, mais à une seule alvéole, puis à une autre, ainsi de suite. Rarement la maladie se communiquait aux deux côtés à la fois. L'extraction des dents hâtait sa marche; car tous les malades m'assurèrent qu'elle avait fait des progrès rapides après l'extraction des dents.

Quand une grande étendue de gencives était malade, l'os zygomatique se trouvait plutôt atteint que l'os de la voûte palatine. La joue formait ordinairement une tumeur arrondie; le nez était refoulé du côté opposé, et la partie qui touchait la joue malade ne pouvait plus être séparée de la tumeur.

M. Dieffenbach a vu mourir un grand nombre de malades atteints d'ostéosarcômes, tant dans sa pratique particulière, qu'à l'hôpital de la Charité, malgré toute espèce de traitement. Chez quelques malades le fongus, après avoir traversé la peau qui avait pris une couleur lie de vin, se trouvait à nu; chez d'autres il se formait dans l'intérieur de la joue un cloaque qui donnait issue à un pus fétide; et le fongus finissait également par se faire jour à travers les ulcérations de la peau. Les narines étaient ordinairement obstruées par des masses fongueuses qui forçaient les malades à respirer par la bouche.

Les sétons passés à travers ces tumeurs, dans les cas où la maladie n'avait pas encore atteint un grand développement, accéléraient toujours sa marche, et les malades en mouraient plus tôt.

Cette triste expérience détermina M. Dieffenbach à donner une plus grande extension à l'opération de résection des os de la face, d'autant plus que les petites opérations de ce genre avaient toujours eu un heureux résultat. Les rechutes après les résections des ostéosarcômes des os de la face sont moins fréquentes qu'après l'opération de l'ablation d'un cancer, ou fongus, situé sur une autre partie du corps, et la première affection offre plus de chances de guérison que les autres.

Parmi les remèdes les plus propres à prévenir les rechutes, l'auteur cite en première ligne la décoction de Zittmann.

---

*Observation d'un accouchement provoqué;* par le professeur Hayn, à Königsberg.

Obs. — Mad. S., enceinte une première fois, accoucha, sans cause connue, prématurément, d'un enfant mort; sa seconde grossesse fut régulière jusqu'à terme; puis survinrent des symptômes qui indiquèrent la mort de l'enfant, et, en effet, elle en fut délivrée huit jours après. Enceinte pour la troisième fois, elle consulta un médecin qui ordonna une diète très-régulière; encore cette fois elle ne fut pas plus heureuse. Pendant la quatrième grossesse, on fit faire deux larges saignées, et on prescrivit de légers purgatifs sans plus de succès. Le fœtus mourut dans le sein de la mère. Dans la cinquième grossesse on eut recours à M. Hayn, qui, après un examen attentif, ne put découvrir aucun symptôme morbide, si ce n'est un léger état hémorrhoïdal; comme la femme était, en outre, forte et pléthorique, on lui administra des purgatifs et on se décida à provoquer, vers la fin de la grossesse, l'accouchement d'une manière artificielle. A la fin de la trente-quatrième semaine de la grossesse, après avoir mis la femme dans une position convenable, on introduisit, au moyen de l'instrument de Kluge une éponge préparée à la cire; comme le col était assez ouvert et lâche, cette éponge fut remplacée par une autre préparée à la ficelle. On tâcha d'éviter la rupture de la poche des eaux, pour compromettre, le moins possible, la vie du fœtus. Vingt-quatre heu-

res après, on retira l'éponge, sans que les moindres contractions utérines eussent été observées; alors on eut recours au dilatateur de Busch, pour élargir l'orifice utérine, et on introduisit de nouveau une éponge préparée, longue de trois pouces, sur un pouce d'épaisseur, jusque dans l'utérus, au point que son extrémité extérieure dépassait le col. Au bout de quelques heures, des tranchées se manifestèrent pour disparaître quelques heures après. Après un intervalle de douze heures, on trouva que l'éponge préparée, fortement gonflée, était descendue dans le vagin, quoiqu'elle eût été soutenue par une seconde placée dans cet organe. On fit de nouveau quelques dilatations au moyen de l'instrument, et on introduisit une nouvelle éponge, et le résultat fut le même qu'auparavant. Douze heures après, on répéta les dilatations et on fit passer derechef deux éponges, l'une de la grosseur d'un pouce, l'autre plus mince, jusqu'en dedans du segment inférieur de l'utérus. Cette fois-ci les éponges restèrent, provoquèrent des contractions, qui persistèrent encore, lorsqu'au bout de douze heures on les a rétirées. Les maux furent peu intenses, rares, restèrent même suspendus pendant huit heures et finirent cependant par provoquer l'expulsion d'un enfant bien portant et presque complétement développé. La mère a pu le nourrir.

Cette observation est très-importante en ce qu'elle nous montre que l'accouchement prématuré artificiel, exécuté pour la première fois en France par M. le professeur Stolz, peut encore trouver son emploi dans d'autres cas que dans les rétrécissements du bassin. Ce sujet se trouve très-bien traité dans une thèse soutenue par M. Ferniot, en 1836, sous la présidence du professeur d'accouchement de la Faculté de Strasbourg. Dans ce travail, on passe en revue tous les cas qui autorisent à provoquer l'accouchement avant le terme naturel de la grossesse, outre ceux de rétrécissement du bassin. A l'occasion de mort habituelle des enfants dans le courant du neuvième mois, on rapporte le passage suivant de Denman (*An introduction to the practice of Midwifery*, 7e édition, by Ch. Walter; 1832, p. 311), suivi de quelques réflexions très-justes, qui peuvent absolument s'appliquer à notre observation : «Il est des femmes qui deviennent enceintes avec la plus grande facilité et chez lesquelles la grossesse ne présente rien de particulier jusqu'à ce qu'elle arrive au neuvième mois, ou près de son terme ordinaire; alors, sans cause apparente ou appréciable, il se déclare, à différentes reprises, des frissons; les mouvements de l'enfant cessent, il meurt. Souvent il n'est expulsé que quinze jours ou trois semaines plus tard. Dans deux cas de cette espèce, j'ai recommandé et opéré la provocation de l'accouchement avant l'époque à laquelle le fœtus cessait ordinairement de vivre. Les enfants sont nés vivants et les mères n'en ont pas souffert du tout.» Denman ne se dissimule pas l'objection qu'on peut faire à cela. Qu'est-ce qui prouve que, si l'accouchement n'avait pas été provoqué, les enfants ne seraient pas venus vivants au monde? Rien absolument; mais au moins il y avait de grandes probabilités qu'ils seraient morts comme les autres; il est impossible de prouver le contraire. Cette indication doit être abandonnée au tact et au jugement de l'accoucheur.

——— Nos 25 et 26. — 23 et 30 juin. ———

*Mémoire sur l'inflammation chronique et les ulcères perforants du cœcum et de l'appendice vermiforme, et des abcès stercoraux qui en résultent,* lu à la Société médico-chirurgicale de Londres; par M. John Burne, médecin de l'hôpital de Westminster.

Les ouvrages dogmatiques de médecine n'ont pas traité des maladies dont je vais m'occuper dans ce mémoire. Il n'en a été fait mention que dans quelques journaux de médecine. Ces maladies cependant sont très-fréquentes, toujours dangereuses, souvent mortelles; elles sont caractérisées par des symptômes particuliers, constants, faciles à reconnaître.

PREMIÈRE PARTIE.

Mon attention a été appelée sur l'inflammation du cœcum il y a seize ans, à l'occasion d'une jeune dame qui devint subitement malade, avec vomissement, constipation opiniâtre, fièvre et symptômes locaux circonscrits à la région ilio-inguinale droite. Le mal était évidemment de nature inflammatoire; mais l'inflammation et la fièvre s'étaient développées moins rapidement que dans les cas ordinaires d'inflammation idiopathique, et n'ont pas cédé au traitement ni détruit rapidement la vie comme les inflammations idiopathiques.

La maladie fut obstinée, longue et dangereuse, bien que, par bonheur, elle se soit terminée par la guérison. En réfléchissant à toutes ces circonstances et à l'endroit de la région abdominale auquel les symptômes étaient rapportés, j'ai été porté à penser que le siége de la maladie pourrait bien être le cœcum, et que sa cause pourrait dépendre de la présence de quelques matières indigestes, probablement de noyaux de fruits, car nous étions dans la saison d'automne, et la jeune dame avait mangé beaucoup de prunes. D'autres cas semblables qui se sont présentés de temps en temps n'ont fait que me confirmer dans mes idées. J'ai vu en tout vingt cas de ce genre dont quelques-uns ont guéri, d'autres se sont terminés par la mort, et m'ont permis d'éclairer, à l'aide de l'autopsie, les caractères anatomiques de la maladie. J'ai recueilli assez de matériaux pour pouvoir, je crois, tracer aujourd'hui l'histoire complète de ces affections. Disons avant tout que ces maladies sont souvent confondues dans la pratique avec les inflammations idiopathiques de l'abdomen et traitées comme telles, au préjudice grave de la vie des malades. Je n'ai jamais vu une inflammation idiopathique du cœcum par cause générale ordinaire, comme par les vicissitudes atmosphériques, par exemple. Dans tous les cas que j'ai observés, l'inflammation du cœcum était symptomatique de cause mécanique, comme d'aliments indigestes, de noyaux de fruits, ou de concrétions d'autre nature collectionnées dans le cœcum.

La structure du cœcum et de son appendice favorise ces sortes d'arrêts; de là des symptômes propres à cette affection.

Les caractères particuliers sont tout à fait locaux. Leur début a lieu sans cause bien manifeste, et alors que l'individu jouit de la meilleure santé. Leur accroissement s'effectue par degrés. Ils se remarquent par leur opiniâtreté, la déclaration tardive de la fièvre qui est fort légère, eu égard à l'intensité des souffrances locales, et le degré d'anxiété moins prononcé que dans les entérites idiopathiques.

Dans tous les cas d'inflammation du cœcum que j'ai observés, les symptômes se sont développés dans l'ordre suivant. Le premier est un sentiment de malaise qui se convertit bientôt en douleur aiguë dans les tissus profonds de la région ilio-inguinale droite, se déclarant d'une manière inattendue lorsque la personne jouit de la meilleure santé et sans être précédé de frisson. Cette douleur augmente par degrés pendant douze ou vingt-quatre heures; elle a pour caractères d'être fixe, constante, jamais rémittente. Survient ensuite graduellement de la sensibilité, du développement et de la tension dans toute la région ilio-inguinale. Le ventre se constipe et n'obéit pas aux purgatifs; des maux de cœur, puis des vomissements, de la fièvre se déclarent. La langue devient blanche et chargée, l'urine rare; il y a inappétence, pouls fréquent et serré mais pas fort; c'est, en d'autres termes, un pouls irritatif. Le malade reste couché sur le dos, penché légèrement vers le côté affecté.

Cet état persiste pendant plusieurs jours; la douleur acquiert un caractère d'acuité très-prononcé; la plénitude et la tension de la partie augmentent et s'étendent sur tout l'abdomen qui jusqu'à présent avait été mou et insensible à la pression. Un symptôme de la plus haute importance pour le diagnostic se présente maintenant d'une manière-tranchée, c'est une sensibilité exquise de la paroi abdominale qui couvre le cœcum, sensibilité qui excède de beaucoup celle de l'entérite et même de la péritonite, de sorte que le malade supporte à peine l'approche du doigt. A peine allez-vous examiner son ventre qu'il vous supplie de ne pas le toucher, de prendre garde de le blesser; il ne peut même pas supporter le poids des couvertures; la douleur qu'il accuse ressemble à celle du rhumatisme fort aigu. La constipation continue, mais le vomissement ne devient pas fréquent ni aussi épuisant que dans l'entérité, la face ne prend pas sitôt cet aspect d'anxiété qu'on observe dans cette affection.

En d'autres termes, les apparences ne sont pas aussi graves que dans l'entérite; il ne s'agit pas d'une mort imminente, mais le mal peut également se terminer fatalement. Tels sont les symptômes de l'inflammation du cœcum.

On ne peut pas dire que le mal se terminera heureusement avant que le malade ait des garde-robes avec diminution progressive de la sensibilité, du gonflement et du vomissement, diminution qui ne s'obtient pas ordinairement avant le septième ou huitième jour. Quelquefois on ne peut venir à bout d'avoir des garde-robes et de faire cesser les vomissements; les forces du malade déclinent sérieusement vers le huitième jour, surtout s'il a été saigné; il s'affaisse et meurt plutôt par épuisement des forces que par l'action directe de l'inflammation, et si la vie se prolonge, on verra, vers le dixième jour, une tumeur emphysémateuse circonscrite dans la région ilio-inguinale droite, ou bien en arrière vers la région ilio-lombaire du même côté; cela indique qu'un abcès stercoral s'est déjà formé par suite d'une ulcération perforante du cœcum. Si cette ulcération a lieu à la paroi antérieure de ce sac, des adhérences s'établissent à ses alentours et la matière s'avance au dehors sans occasionner une péritonite générale; si elle a lieu en arrière, comme cette portion du cœcum n'est pas pourvue de péritoine, la matière s'infiltre en haut et en bas vers les lombes, sous le muscle carré, et la séreuse échappe à son action. L'abcès peut s'ouvrir au dehors, se déterger sans accidents et le malade guérir; mais il peut aussi succomber si la constitution n'a plus assez d'énergie pour résister au travail réparateur.

Le diagnostic de cette maladie repose sur le siége précis de la douleur, la sensibilité exquise et la tension de l'abdomen, l'invasion subite du mal alors que l'individu jouissait d'une bonne santé, la déclaration des symptômes locaux avant la réaction constitutionnelle et la fièvre, la légèreté de la fièvre et de l'anxiété comparativement à celles de l'entérite. S'il reste encore quelque doute à cet égard, on peut le dissiper en portant la main sur la partie; on trouvera une tumeur dure et circonscrite dans la région du cœcum. Des praticiens qui rencontrent pour la première fois cette affection sont satisfaits de voir qu'il ne s'agit pas d'une entérite ordinaire, et sans connaître sa nature, ils se disent : Voilà un cas curieux. Ils sont loin de soupçonner sa gravité.

Le traitement est facile à établir, et il peut être heureux s'il est basé sur la connaissance de la nature de la maladie; mais si le mal est pris pour une inflammation idiopathique, et s'il est traité par les saignées répétées, le malade est perdu; il s'affaisse et meurt peut-être par l'effet de la médication. L'inflammation cœcale n'étant ici que mécanique, elle persiste tant que la cause n'est point enlevée. La saignée est d'autant plus perfide dans ces circonstances, qu'elle paraît soulager d'abord; mais à mesure qu'on la répète, le danger augmente,

Les indications curatives de cette affection sont: 1° modérer le travail inflammatoire, selon le degré de la vitalité de l'organe malade et du reste de l'organisme; 2° remplir ce but sans affaiblir que le moins possible la force de la constitution, afin que si un abcès stercoral se forme, la nature puisse trouver assez de ressource en elle-même pour résister au travail éliminateur.

Aussi, ne doit-on tirer du sang qu'avec discrétion; et si l'on juge convenable de répéter la saignée, il faut bien se garder de le faire à des époques aussi rapprochées et dans les quantités aussi fortes que dans les entérites. Les sangsues sont un excellent moyen pour soulager des souffrances locales; mais encore ne faut-il pas en abuser. Huit ou dix sangsues répétées d'abord tous les jours, puis tous les deux jours; voilà ce qu'il faut pour en tirer de l'avantage. Après les sangsues, un cataplasme chaud d'avoine, pas trop épais pour ne pas peser. Il importe de ne pas laisser saigner les piqûres des sangsues plus d'une heure. Le rectum et le colon doivent être nettoyés à l'aide de lavements et de doux purgatifs; le purgatif que je préfère est composé d'un gros de sulfate de soude dans une demi-once d'infusion de

séné; j'y ajoute quatre gouttes de laudanum pour apaiser l'estomac. L'estomac supporte assez bien cette médecine; s'il la rejette, on peut la remplacer par la potion suivante :

Infusion de séné, soude tartarisée, carbonate de soude et acide tartrique en état d'effervescence. Dans le cas où ce composé serait également vomi, on pourrait avoir recours à l'extrait de coloquinte, six grains mêlés à deux grains de calomel et à un grain d'opium, qu'on répéterait toutes les six heures. Il est rare qu'il soit nécessaire de répéter la saignée du bras; les sangsues seront toujours préférées avec avantage. Le bain chaud n'est point proposable, les mouvements du corps du malade étant impossibles; mais les fomentations émollientes sur le ventre peuvent être utilement employées. Vers les cinquième et sixième jour, si les choses tournent pour le mieux, des garde-robes se déclarent; le malade rend par l'anus des matières indigestes; les symptômes s'apaisent par degrés.

Si les symptômes persistent, le médecin doit surveiller attentivement la marche de la nature, voir où la tumeur se déclare, à l'aine ou aux lombes, et y appliquer des cataplasmes. Aussitôt que l'état emphysémateux se manifeste, il doit plonger un bistouri dans l'abcès, et donner issue à la matière stercorale et gangréneuse. A cette époque, il importe de soutenir les forces du malade à l'aide de bouillons féculents, boissons d'eau aiguisée légèrement d'eau-de-vie ou d'ammoniac, décoction de quinquina (cette décoction est ici préférable au sulfate de quinine), opiacés à forte dose, surtout le soir.

Traitée d'après ces données, la maladie peut guérir; mais malheur au malade qu'on traite par les saignées abondantes.

Les faits suivants viennent à l'appui des considérations qui précèdent.

*Congestion de matières indigestes dans le cœcum; inflammation de cet organe. Guérison.*

Fait I. — Charles Neale, jeune homme âgé de 21 ans, bien portant, est saisi, quinze jours avant la Noël, d'une douleur aiguë dans la région ilio-inguinale droite, qui l'oblige à quitter l'église et à crier toute la journée. La douleur augmente avec l'approche de la nuit, elle est continue et fixe. Le lendemain il a la fièvre et vomit. Le troisième jour, son médecin lui applique des sangsues à l'endroit de la douleur et lui prescrit des purgatifs. Le quatrième, les symptômes empirent encore; on lui pratique une saignée de 15 onces (trop forte assurément pour un jeune homme de 12 ans), et on lui fait prendre de forts purgatifs. Le cinquième, d'autres sangsues lui sont appliquées.

C'est à cette époque que j'ai été appelé auprès du malade. A l'examen, je trouve l'enfant gisant sur le dos, attentif à ne pas bouger son corps, dans la crainte de se faire mal. Tout l'abdomen est tuméfié, plus particulièrement à la région droite; là le malade accuse une douleur aiguë constante, avec une sensibilité si excessive que le moindre attouchement lui fait jeter les hauts cris; dans le reste de l'abdomen, la douleur est légère; il a des envies de vomir et vomit de temps à autre. Langue chargée et brunâtre; pouls fréquent et faible; constipation depuis six jours.

J'ai diagnostiqué une inflammation du cœcum par cause mécanique, probablement de la matière indigeste.

L'enfant se trouve dans un état d'asthénie très-prononcé, par suite du sang qu'on lui a tiré; l'expression cependant de sa physionomie n'indiquait pas une grande anxiété, ce qui m'a fait porter un pronostic plutôt favorable. Mon avis a été qu'on cessât sur le champ l'usage des remèdes affaiblissants, dont la continuation pourrait avoir les conséquences les plus fâcheuses; j'ai conseillé l'usage de quelques purgatifs salins et des fomentations émollientes. Le lendemain (septième jour), j'ai appris avec satisfaction que l'enfant avait dormi dans la nuit; qu'il avait eu plusieurs garde-robes; qu'il avait rendu des matières dures en bloc et que la douleur et la tension abdominales avaient diminué. Dès ce moment, l'amélioration a été franche et progressive; l'enfant a guéri.

Ce fait confirme une observation que j'ai souvent eu occasion de faire, savoir que l'obstruction intestinale, qui a résisté aux forts purgatifs, cède aisément à l'emploi de deux laxatifs salins. Je me rappelle, entre autres, une vieille dame qui, après une opération de hernie étranglée qu'elle venait de subir, n'avait pu avoir de garde-robes malgré l'usage de forts purgatifs; ces remèdes, elle les vomissait. J'ai employé quelques légers laxatifs salins, et le ventre s'est ouvert.

Je dois l'observation suivante à mon ami et confrère M. Selwyer, de Ledbury.

*Inflammation du cœcum par la présence d'un morceau de pomme. Guérison.*

Fait II.—J'ai, dit M. Selwyer, rencontré quelques cas obscurs liés à une inflammation du cœcum. J'ai été appelé, le 22 fév. 1837, auprès de M. Franck, fermier, se plaignant de douleur extrême dans la région cœcale et de sensibilité exquise au toucher. A l'examen, j'ai trouvé un corps dur, que j'ai jugé résider dans l'impasse de cet intestin. Le malade était constipé depuis une semaine. Je l'ai traité comme dans un cas d'inflammation. J'ai saigné six fois en quatre jours, et appliqué des sangsues en abondance. Les choses ont bien tourné et le malade a guéri. Je dois dire, néanmoins, qu'il y a eu un instant où je ne savais de quel côté la balance pencherait; enfin, heureusement les boyaux ont débouché, des garde-robes abondantes ont eu lieu, le malade a rendu des corps durs, entre autres la moitié d'une pomme non digérée.

L'anatomie pathologique nous a appris que les portions du canal alimentaire dont les dimensions varient et l'organisation change (par rapport au reste de l'organe digestif), sont particulièrement sujettes aux affections chroniques. Le cœcum est de ce nombre. Indépendamment de l'inflammation aiguë dont nous venons de parler, cet organe est sujet à une subinflammation chronique, ou à des congestions pathologiques, avec épaississement de ses parois et réduction de sa capacité, ce qui réagit plus ou moins

fâcheusement sur les fonctions des intestins ; de là quelquefois une obstruction fatale de ce canal. Cette maladie du cœcum peut durer plusieurs mois et même des années ; elle est toujours accompagnée de difficulté dans les évacuations alvines et de trouble sympathique de l'estomac, précisément comme dans les cas de rétrécissement du reste du canal intestinal. Les souffrances en sont pareilles, la santé décline également, le corps s'affaise et le malade meurt dans les vomissements, le marasme et les douleurs spasmodiques causées par les efforts que font les intestins pour surmonter l'obstruction. Lorsque l'émaciation est arrivée à un degré considérable, on peut sentir avec la main et même voir les efforts péristaltiques de toutes les circonvolutions intestinales.

*Épaississement chronique et contraction des parois du cœcum. Obstruction. Émaciation. Mort. Autopsie.*

Fait. III. — Anne Morris, âgée de 31 ans, a été reçue à l'hôpital Guy, en août 1830, pour être traitée d'une maladie qui la minait depuis plusieurs mois ; elle était fort émaciée. Les symptômes principaux qu'elle présentait étaient : une constipation opiniâtre, envies de vomir et vomissements si fréquents qu'elle rejetait la plus grande partie de ses aliments ; douleurs dans le ventre comme pour accoucher. Dans la région ilio-inguinale droite, elle présentait une petite tumeur dure que j'ai caractérisée pour une maladie du cœcum. L'abdomen était tuméfié et flatulent. En examinant le ventre on découvre de forts mouvements vermiculaires, correspondant exactement à l'action péristaltique de l'intestin. On peut d'ailleurs distinguer exactement à l'œil les circonvolutions des intestins grêles par les élévations ondulées des parois abdominales.

Différents remèdes, tels que la magnésie, la soude, les sangsues, l'eau de chaux, l'opium, la jusquiame et les lavements avaient été mis en usage par les médecins qui l'avaient soignée.

Quinze jours après son entrée la malade meurt.

Autopsie. Le cœcum est épaissi et très-contracté. L'iléon est distendu par des gaz et plein de matière stercorale, tandis que le colon est vide et contracté. La portion sigmoïde du colon est serrée et allongée à droite par le cœcum et adhère avec ce dernier et l'iléon par de la matière fibrineuse récente.

Cette dernière circonstance est digne de méditation ; elle me porte à croire que la nature avait eu pour but d'établir une voie de communication entre les deux intestins et rétablir de la sorte le cours du canal alimentaire ; malheureusement cependant la constitution a succombé avec l'accomplissement de ce travail salutaire.

*Maladie du cœcum ; bandes organiques dans son intérieur ; obstruction ; mort.*

Fait IV. — Mary-Anne White a été reçue en 1830 dans un dispensaire (*Public Dispensary*). Elle est âgée de douze ans, de petite stature, de corps aussi frêle que celui d'un enfant de huit ans, sans être pourtant déformée ; sa figure est bien nourrie. Ses parents on dit que sa mauvaise santé en a empêché la croissance ; voici, du reste, les renseignements qu'ils ont fait connaître.

L'enfant était malade depuis deux à trois ans, ayant le ventre tuméfié ; fonctions intestinales irrégulières et difficiles, flatulences, douleurs spasmodiques, inappétence, émaciation progressive, attaques fréquentes de maux de cœur et vomissements.

Les garde-robes étaient rares et peu abondantes, molles et très-fétides ; caractères propres à l'obstruction intestinale.

Quinze jours avant sa mort, la petite malade est prise de douleurs intenses dans le ventre, de maux de cœur et de vomissements. L'abdomen s'est immensément distendu, et est très-sensible généralement : garde-robes purement muqueuses, et sans aucune trace de matière fécale. Les vomissements ont continué jusqu'à la mort. Quelques jours avant cette fin, les vomissements étaient manifestement stercoraux comme dans l'*ileus* des nosologistes.

Autopsie 14 heures après la mort. Corps émacié au plus haut degré ; abdomen énormément distendu ; sa surface est nuancée par des sillons et des bossclures causées par les circonvolutions des petits intestins. En ouvrant l'abdomen, on trouve les intestins grêles énormément distendus, leur calibre ayant trois à quatre pouces de diamètre ; ils sont d'un rouge livide mat, agglutinés ensemble par de la matière albumineuse molle. En suivant le canal intestinal, on trouve le siége de l'obstruction dans le cœcum. La distension se continue jusqu'à ce point : au-dessous tout est vide ; le colon est vide, contracté et sain, le cœcum contracté et épaissi ; ses tuniques sont confondues ensemble, et converties en une substance dense, opaque, blanche et cartilagineuse. Dans son intérieur, on trouve des bandes organisées, couvertes d'une membrane lisse et luisante, passant d'un côté à l'autre de l'intestin, en différentes directions, et formant une sorte de réseau irrégulier. Dans ce réseau du cœcum contracté est amassée de la matière stercorale, dure, friable, qui obstrue complétement l'intestin, de sorte que rien ne peut y passer. En continuation de cette partie est l'iléon plein de matière fécale molle, jaune et homogène : les tuniques de cet intestin sont aussi confondues ensemble et converties en un tissu fort et dense, d'une ligne d'épaisseur, analogue à du parchemin épais et sec. Toute trace de structure villeuse, ou de valvules conniventes a disparu. Le colon est sain. L'utérus n'est pas plus gros qu'une demi petite aveline.

J'ai vu plusieurs fois l'arrêt de développement des organes sexuels occasionné par une maladie organique de quelque viscère. Si cette enfant eût guéri, elle n'aurait pas été réglée, ou bien ses menstrues n'auraient été qu'en petite quantité, pâles est irrégulières. Les maladies viscérales doivent par conséquent être rangées au nombre des causes d'aménorrhée.

La nature des lésions organiques que nous venons de rencontrer nous indique bien que c'est au cœcum que nous devons rapporter toutes les souffrances et la mort de la malade. Mais à quelle époque remonte l'origine de l'affection ? C'est ce qu'il est impossible de dire. Dans les obstructions chroniques des intes-

tins par rétrécissement ou autre maladie, il n'est pas rare d'observer des péritonites causées par la distension intestinale, comme dans le cas précédent. Ces péritonites se succèdent par accès et se caractérisent par des signes très-clairs. J'ai observé que la matière stercorale, quelle que soit la quantité collectionnée au-dessus de l'endroit obstrué, est toujours molle et homogène; condition qui contraste singulièrement avec l'état de dureté façonnée (*scibala*) de la matière qu'on rencontre dans la constipation ordinaire. La nature, comme on le voit, a le soin de conserver la matière collectionnée au-dessus de l'obstruction dans un état mou, afin de favoriser son passage à travers le rétrécissement; mais, ce qu'il y a de plus remarquable à ce sujet, c'est qu'aussitôt qu'une partie de cette matière commence à passer, la portion liquide restante au-dessus est absorbée, et le résidu devient dur et faible. C'est cette portion qui obstrue alors complétement le rétrécissement et cause la mort. Arrivons à présent à la partie la plus intéressante de ce travail.

## DEUXIÈME PARTIE.

L'appendice vermiforme du cœcum peut être considéré comme un second cœcum; il est, comme lui, sujet à la maladie que nous venons de décrire; mais les caractères morbides en diffèrent matériellement, à cause de sa conformation particulière et de sa situation variable.

La conformation et la situation de cet appendice varient beaucoup chez les différents individus, circonstance qui n'a point été notée par les anatomistes, et qui influe pourtant considérablement dans les phénomènes de l'affection dont il s'agit. On dit généralement que l'appendice cœcal est flexueux, et que sa situation dans le bassin dépend de ses flexuosités; plusieurs anatomistes cependant (Winslow, Cloquet) ne parlent pas de cette situation; ils se contentent seulement de dire que l'appendice cœcal naît du cœcum et est lié au bas de ce dernier par un repli du péritoine. D'après mes observations, l'appendice en question est situé le plus souvent au bord externe du grand psoas, sur le *fascia iliaca*, couvert par le cœcum et caché sous lui. Lorsqu'un travail d'ulcération perforante s'établit dans l'appendice cœcal et qu'une péritonite et des abcès stercoraux se forment, les parties qui sont comprises dans ce travail diffèrent selon la situation de l'appendice même. S'il est situé dans le pelvis, les organes pelviens peuvent être impliqués dans le mal; s'il est placé sur le *fascia iliaca*, et au-dessous du cœcum, ce sont la partie charnue du muscle iliaque interne et le tissu cellulaire ambiant qui sont compris dans l'abcès, et la matière s'étend en conséquence. On conçoit de quelle importance il est de tenir compte de ces circonstances. Dans un cas que je rapporterai tout à l'heure, l'abcès s'est ouvert aux lombes, la partie charnue du muscle iliaque interne a été complétement frappée de gangrène, de même que la masse adipeuse de la région lombaire; l'abcès s'est ouvert vers le bord externe du muscle carré des lombes, endroit le moins résistant de la région.

La libre communication de l'appendice cœcal avec le cœcum l'expose à recevoir accidentellement de petites portions de matière alimentaire non digérée, ou d'autres corps arrivés dans la cavité du cœcum. Entré dans l'appendice, le corps ne peut en sortir pour suivre le cours naturel des autres matières que par un mouvement rétrograde. Il est cependant douteux que l'appendice cœcal ait la force d'expulser de son intérieur un corps de quelque résistance. Cette expulsion est impossible si le corps est volumineux et fortement enchâssé dans son intérieur; il devient alors une source permanente d'irritation; de là ulcération, perforation, épanchement, et des conséquences désastreuses. Il n'est pas rare de rencontrer sur le cadavre quelques petits corps, comme des pepins de raisin, dans l'appendice en question, sans qu'aucun mal soit résulté de leur présence; la membrane muqueuse qui la redouble étant, comme celle du gros intestin, douée d'une sensibilité propre à résister à la présence des matières irritantes. Ces petits corps, néanmoins, s'ils restent longtemps, finissent par ulcérer la muqueuse, ainsi qu'on le rencontre souvent dans les autopsies, sans occasionner plus de mal que les ulcérations superficielles de toute autre partie du canal alimentaire. Mais si le corps est plus gros que le calibre de l'appendice, comme un noyau de cerise, par exemple, ou une concrétion intestinale, et qu'il y soit forcément introduit par l'action des intestins, il produit non-seulement l'ulcération de la muqueuse, mais encore de toutes les autres tuniques, et arrive jusqu'au péritoine, qui tombe en gangrène, crève et la perforation s'établit. Tant que l'ulcération est bornée à la membrane muqueuse, le mal est de peu d'importance, comme on le voit; mais aussitôt que le péritoine est privé de ses vaisseaux nourriciers, les choses changent de face; la perforation, qui s'en suit, donne lieu à une inflammation de la séreuse abdominale. Cette inflammation peut être limitée à une partie du péritoine, ou bien envahir tout l'abdomen. Dans le premier cas, un abcès se forme; le danger cependant est toujours très-grand dans l'un comme dans l'autre cas. Le mal est mortel le plus souvent si la péritonite est générale; l'abcès lui-même produit un tel trouble dans les fonctions, qu'il se termine souvent aussi par la mort. Toutefois, lorsque l'abcès se fait jour en avant, sa terminaison peut être heureuse et le malade guérir. Dans d'autres circonstances, la matière de l'abcès se circonscrit autour du cœcum, elle y reste stationnaire, forme une tumeur profonde dans la région cœcale, occasionne une constipation opiniâtre et une réaction sympathique tellement grave que le malade succombe le plus souvent.

### *Gangrène de l'extrémité de l'appendice cœcal; abcès circonscrit; mort.*

Fait V. — Un cocher, âgé de 57 ans, était malade depuis trois semaines; il avait eu d'abord la fièvre, puis des vomissements, et était constipé. Des purgatifs lui avaient été administrés. Dans le cours de la seconde semaine, il s'était plaint de douleur dans la région ilio-inguinale; on lui a appliqué des sangsues et un vésicatoire. Ensuite, il a été saisi de rétention d'urine.

Lorsque j'ai examiné le malade, je l'ai trouvé

couché en supination, très-épuisé, langue sèche et brune, pouls fréquent et faible. Il vomissait continuellement, sa constipation était opiniâtre, et il n'y avait que l'huile de croton qui lui procurait quelques garde-robes; la rétention d'urine persistait; le ventre était gonflé et tendu. En palpant la région cœcale, où le malade accusait la douleur, j'ai découvert immédiatement une tumeur profonde, dure et circonscrite, du volume d'une petite orange. J'ai diagnostiqué une maladie du cœcum ou de son appendice.

Le malade a survécu encore huit jours, vomissant toujours, étant constipé, éprouvant de la douleur et une rétention d'urine jusqu'à la fin.

Autopsie. La portion inférieure droite de l'épiploon adhère au cœcum par de la fibrine récente et molle. En détachant délicatement l'épiploon, on met en évidence un sac plein de matière; abcès circonscrit entre le cœcum et le muscle iliaque interne. La totalité du cœcum, une partie du colon et l'extrémité cœcale de l'iléon ayant été enlevées soigneusement, on s'assure que le tube intestinal est sain; mais le cœcum est contracté, l'appendice cœcal offre la longueur d'un pouce, et se termine dans le foyer purulent; son extrémité borgne est gangrenée.

Il est plus que probable, d'après ces apparences, que quelque corps étranger s'était introduit dans l'appendice cœcal, avait ulcéré, perforé son extrémité libre, occasionné un abcès consécutif vers ce point et près du cœcum, sur le côté externe du muscle psoas et sur le muscle iliaque interne. Les rapports immédiats de cet abcès avec le cœcum expliquent la constipation et l'irritation gastrique que le malade avait éprouvées et qui ont épuisé la force de son organisme.

*Ulcération perforante de l'appendice vermiforme par une concrétion intestinale; péritonite mortelle; autopsie.*

Je dois les détails de ce fait à l'obligeance de mon confrère M. Wray.

Fait VI. — Un enfant, âgé de 12 ans, est atteint de douleur profonde dans la région ilio-inguinale droite, suivie de fièvre, vomissements et sensibilité excessive sur tout l'abdomen, comme dans les péritonites aiguës. La marche de cette péritonite a été si rapide, que malgré l'emploi des moyens usités en pareils cas, le petit malade est mort le second ou troisième jour. Le ventre avait été entretenu libre dès le commencement, à l'aide de purgatifs.

Nécropsie. Effusion de lymphe plastique sur plusieurs endroits de la surface des intestins. L'appendice vermiforme est perforé à la distance de trois quarts de pouce du cœcum par une ulcération gangréneuse à bords irréguliers. Dans cette perforation est engagée une concrétion du volume d'un noyau de cerise. L'appendice ayant été ouvert, on trouve un second ulcère sur sa membrane muqueuse, qui est elle-même vascularisée, molle et gonflée; les ouvertures de ses follicules muqueux sont très-distincts. L'intérieur du cœcum offre une portion de membrane muqueuse de la largeur d'un demi schelling, pulpeuse et d'un gris brunâtre. L'iléum présente aussi une partie de sa valvule (un demi-pouce) épaissie, spongieuse, très-couverte de follicules mucipares. Les glandes mésentériques voisines sont hypertrophiées et rouges.

*Gangrène de l'appendice cœcal; abcès gangréneux; mort; autopsie.*

Fait VII. —Mary Anne Hodges, âgée de 19 ans, de bonne constitution, fut reçue à l'hôpital Guy, le 10 janvier 1838. Depuis quatre jours, elle avait été saisie de douleurs intenses dans la région inguinale droite, pour lesquelles elle avait été soignee trois fois; on lui avait appliqué des sangsues et des vésicatoires. A son entrée, cinquième jour de la maladie, elle se plaint de grande douleur dans la région cœcale, s'étendant en haut vers l'hypochondre du même côté; elle vomit des matières bilieuses; pouls fréquent et petit; peau chaude et sèche; grande soif. La malade reste couchée en supination, s'inclinant sur le côté droit, les jambes fléchies vers le ventre; le moindre mouvement lui fait jeter les hauts cris et aggrave sa position.

On prescrit 20 sangsues sur le siége de la douleur, un grain de calomel et autant d'opium toutes les quatre heures; lavements avec huile de ricin. Les sangsues soulagent un peu; plusieurs garde-robes.

Le lendemain, 20 autres sangsues.

Le surlendemain (septième jour de la maladie), la douleur persiste, la sensibilité générale continue à être excessive; langue comme glacée au bout (*glazed*), dents un peu fouligineuses; pouls 112. Saignée de 10 onces; calomel, 2 grains avec 1 grain d'opium et antimoine tartarisé demi-grain toutes les quatre heures. La douleur n'ayant pas été soulagée par la saignée et le pouls s'étant accéléré, on rouvre la veine deux heures après, et l'on tire 20 onces de sang; le pouls devient très-mou.

La nuit suivante est agitée, le hoquet survient; un gonflement avec dureté se déclare dans la région iliaque. On répète la saignée (10 onces), l'opium et le calomel.

Le dixième jour, les traits s'affaissent, la figure devient exsangue, fluctuation obscure d'abord, puis manifeste dans la tumeur. On pratique une incision de deux pouces dans la région ilio-lombaire, un peu au-dessus de l'épine iliaque; on arrive jusqu'au péritoine, et l'on perce le foyer purulent. Écoulement de matière liquide excessivement fétide. La malade a été soulagée, mais elle s'est bientôt affaissée, et est morte le lendemain.

*Nécropsie* 5 heures après la mort. Les viscères abdominaux sont sains mais exsangues. La partie inférieure de l'épiploon du côté droit adhère au péritoine du cœcum. En détachant cette portion de l'épiploon, on découvre une cavité pleine de matière obscure, excessivement fétide, de consistance et de couleur variables, contenant des portions durcies de matière fécale. On éponge ce fluide dont la quantité remonte à une demi-pinte; on nettoie le foyer qui est formé dans le péritoine des régions iliaque droite et lombaire, cotoyé par l'épiploon, le péritoine, le cœcum, le colon et le lobe droit du foie. Le péritoine qui forme la paroi postérieure du foyer a été poussé en haut, et est de couleur noire; en le cou-

pant, on trouve derrière lui tout le tissu cellulo-graisseux des lombes dans un état gangréneux. La gangrène s'étend jusque derrière les reins, le cœcum et le colon ascendant; les gaz et les fluides putrides de ces parties faisaient bomber le péritoine.

La portion externe du grand psoas et la plus grande partie du muscle iliaque interne sont aussi gangrenées.

Le colon et le cœcum sont sains, mais l'extrémité borgne de l'appendice vermiforme est gangrenée. La portion restante de cet appendice plonge dans le foyer de l'abcès; elle est béante. Le foyer contient de la matière stercorale fluide et jaune. De la matière pareille est rencontrée dans le cœcum. Les reins sont sains, de même que les autres viscères pelviens. Le foie est à l'état naturel si ce n'est que son lobe droit adhère au péritoine.

Les muscles abdominaux des régions iliaque droite et lombaire sont séparés entre eux dans l'étendue d'un quart de pouce par de la matière molle, albumineuse, ce qui rend la paroi abdominale plus épaisse qu'à l'état, normal et forment partie de la tumeur épaisse, dure et obscurément fluctuante qu'on avait observée durant la vie. C'est à travers ces tissus épaissis que l'incision avait été pratiquée; elle avait pénétré dans la masse gangréneuse du tissu cellulo-adipeux extra-péritonéal, et n'avait point percé cette membrane pour arriver jusqu'au foyer de l'abcès.

Ces lésions permettent de penser que le mal avait commencé par la gangrène de l'appendice vermiforme; de cet appendice gangrené il s'était opéré un épanchement de matière fécale jaune du cœcum dans le péritoine; de là la formation d'un abcès stercoral, la ganrgène des muscles psoas et iliaque, du tissu cellulo-graisseux et du péritoine de la région lombaire, etc. Si le mal eût été connu dès le principe et les forces de la constitution du patient ménagées, au lieu d'être épuisées par un traitement antiphlogistique énergique, traitement qui aurait convenu s'il s'était agi d'une inflammation idiopathique ordinaire, le malade aurait peut-être pu être sauvé. Le fait suivant sert à faire voir toutes les ressources de l'art dans ces graves circonstances.

*Abcès stercoral dans la région ilio-inguinale droite par ulcération perforante du cœcum et probablement aussi de son appendice.*

Fait VIII. — Anne Box, âgée de 14 ans, a été reçue à l'hôpital Guy, le 2 novembre dans le service de M. Key. Elle avait été toujours bien portante jusqu'à la Noël de l'année dernière, lorsqu'elle reçut un coup de poing par sa belle-mère dans l'aine droite, ce qui lui causa une douleur intense pendant une semaine; ensuite elle s'est bien portée.

Dans le mois de mai suivant, elle est saisie subitement de douleur profonde dans la région ilio-inguinale droite; cette partie devient bientôt fort sensible au toucher; la malade est constipée, puis elle commence à vomir. Son médecin, M. Hickman, la saigne, lui applique des sangsues et des vésicatoires sur la partie; elle semble aller bien; mais bientôt une tumeur se déclare. Nouvelles applications de sangsues; la tumeur ne fait pas de progrès; mais la partie reste sensible au toucher; la malade sent une petite grosseur en dedans, tellement sensible, qu'elle la défend avec sa main, afin que rien ne la touche. Elle continue dans cet état pendant cinq mois, jusqu'au 24 octobre, lorsqu'une nouvelle douleur d'une plus grande intensité se manifeste dans cette petite grosseur, avec frisson, vomissement et dévoiement. M. Hickman fait une nouvelle application de sangsues, qui la soulage; mais la partie augmente de volume et devient rouge. Les envies de vomir et les frissons continuent; le ventre, après avoir été fort relâché, est constipé.

Le 1er novembre, M. Key, ayant examiné la petite malade, a trouvé que la grosseur pourrait bien être un abcès profond. Il y a donc plongé un bistouri, qui a donné issue à quelques onces de matière sanguinolente, épaisse, ayant une odeur stercorale excessivement fétide.

Le lendemain, elle a été reçue à l'hôpital où je l'ai vue et examinée. La ponction avait été faite au milieu de l'espace compris entre le pubis et l'épine iliaque antérieure supérieure; l'ouverture laissait écouler une grande quantité de matière noire, épaisse, imprégnée de gaz stercoraux fétides. Les régions inguinale et iliaque sont gonflées et dures; la dureté et le gonflement s'étendent en haut et en arrière, dans la direction de l'épine, de l'ilium, et les lombes, où la peau est rouge, comme si un abcès allait se former de ce côté; la partie était d'ailleurs tellement sensible, que la malade ne permettait même pas l'approche du doigt.

Le 6, une seconde ouverture est pratiquée près de l'épine antérieure supérieure de l'os des îles, qui a donné issue à beaucoup de matière; la tumeur et l'inflammation lombaires s'affaissent.

Le 7, troisième ouverture au-dessus de la précédente et plus en arrière; écoulement de matières gangréneuses, lambeaux de muscles et de tendons mortifiés. Une sonde ayant été glissée par la première ouverture, s'enfonce dans la profondeur de quatre pouces et vers la direction du cœcum.

Depuis l'évacuation des eschares et des autres matières à travers les dernières ouvertures, la rougeur et la tuméfaction de la région lombaire ont disparu, et la malade se sent de mieux en mieux, et bien qu'elle soit encore très-faible, elle dort tranquillement, a des garde-robes faciles tous les jours, et l'appétit commence à reparaître.

Le 10, issue d'un nouveau lambeau gangréneux : c'est une portion de tendon de la longueur de deux pouces. Dès ce moment, les plaies prennent un bon aspect; bourgeonnement de bonne nature; retour graduel des forces; guérison.

La malade est sortie bien portante le 24 du même mois.

### Conclusions.

1° L'ulcération irritative du cœcum est une affection formidable, insidieuse; elle se manifeste subitement, sans fièvre, au milieu de la meilleure santé, et prend souvent une forme chronique.

2° Les personnes ordinairement sujettes à cette maladie sont celles qui ont l'habitude d'avaler des corps indigestes, tels que des noyaux de fruits, par exemple.

3° La maladie débute généralement par une douleur fixe et profonde dans la région ilio-inguinale droite. Cette douleur est progressive, augmente par les mouvements du tronc et est suivie de constipation opiniâtre, de maux de cœur, de vomissements de temps en temps, enfin d'une tumeur dans la même région. Cette tumeur, de nature stercorale et gangréneuse, peut se propager jusqu'aux lombes. Des symptômes de péritonite aiguë accompagnent les progrès de la tumeur et elle se termine souvent par la mort avant l'évacuation de son contenu.

4° Traitée par les saignées générales abondantes, cette maladie acquiert le caractère adynamique et se termine promptement par la mort. Ce qui peut véritablement contribuer à sa guérison, est une médication émolliente locale, et l'évacuation de la matière irritante, soit à l'aide de légers laxatifs répétés, soit au moyen d'un bistouri plongé avec précaution dans la tumeur. Du moment que la région ilio-inguinale ou lombaire devient œdémateuse ou emphysémateuse, l'opération est urgente, il y aurait danger fort grave à la différer.

5° On peut porter un bon pronostic lorsque le malade a des garde-robes avant la déclaration de l'abcès gangréneux et de l'adynamie.

6° La perforation de l'appendice cœcal peut être beaucoup plus grave que celle du cœcum, par suite de sa direction vers la cavité pelvienne et péritonéale.

7° Les symptômes du travail perforant de l'appendice cœcal sont les mêmes que ceux du cœcum, moins la constipation, qui n'est ni aussi constante ni opiniâtre. Bien que le diagnostic différentiel des deux maladies soit souvent impossible, cela importe peu pour le traitement, qui est le même dans les deux cas.

---

*Mémoire sur l'emploi du chlore dans la bronchite aiguë et chronique;* par M. A. Toulmouche, docteur-médecin à Rennes, membre correspondant de l'Académie de médecine, etc.

Deux prétendues phthisies pulmonaires, que je crus avoir guéries en 1829 par l'administration du chlore aspiré, et qui n'étaient que des bronchites chroniques, l'une avec dilatation des bronches à la partie postérieure du lobe supérieur du poumon droit, ayant donné lieu à une résonnance de la voix analogue à celle de la pectoriloquie et m'ayant induit en erreur; et l'autre avec des symptômes généraux analogues à ceux de cette maladie, me donnèrent l'idée d'essayer le même agent thérapeutique, dans le catarrhe tant aigu que chronique.

En conséquence, je commençai au mois d'août 1831, à la maison centrale de détention de Rennes, où règne habituellement ce genre d'affection (à cause de la position topographique défavorable de cet établissement sur un terrain bas et humide, entouré d'eau et submergé une partie de l'hiver par les crues de la Vilaine), une série d'expériences cliniques avec le chlore que je terminai en 1836. C'est à rendre compte de leurs résultats qu'est destiné ce mémoire.

J'ajouterai que dans ma pratique particulière, je soumis au même traitement et avec le même succès, dans la plupart des cas, un très-grand nombre de malades.

Je n'ai point à décrire les symptômes et les caractères anatomiques de la bronchite, cette maladie étant trop connue pour que chacun n'ait pas été à même de les étudier, et les travaux de Laënnec, de M. Andral, et de tant d'autres écrivains modernes ne laissant rien à ce sujet. Lorsqu'il m'arrivera de le faire, ce ne sera que pour constater des différences qui n'auraient pas été signalées. J'entrerai donc de suite en matière.

L'appareil dont je me suis servi dans toutes mes expériences se composait d'un flacon à large goulot, formé par un bouchon traversé de deux ouvertures; l'une pour y faire passer un tube de verre droit destiné à plonger dans l'eau; l'autre, un second plus volumineux du double, recourbé à angle obtus et légèrement aplati à l'extrémité qui doit être introduite dans la bouche du malade. On remplissait chaque fois ce flacon au quart d'eau chaude, dans laquelle on versait l'eau chlorée par gouttes; on appliquait de suite le bouchon tubulé, et les aspirations étaient commencées. Je les faisais faire de quatre à six fois par jour, pendant dix minutes à un quart d'heure, car plus prolongées elles fatiguent les malades.

J'ai pu généralement prescrire le chlore à des doses beaucoup plus élevées qu'aucun médecin, que je sache, ne l'avait fait avant moi. Je n'ai pas remarqué qu'elles agissent alors avec plus d'efficacité. Souvent elles finissaient au contraire par gêner les patients. La moyenne la plus favorable a été de trente à quarante gouttes, puisque c'est celle qui peut être continuée le plus longtemps. Je faisais commencer par dix et augmenter chaque jour, tantôt seulement de cinq, tantôt doubler, suivant la susceptibilité des sujets. J'avais la précaution de faire recouvrir de papier noir le petit flacon bouché à l'émeri qui renfermait l'eau persaturée de chlore.

Les trois formes de bronchites sur lesquelles j'ai eu occasion d'expérimenter, ont été le catarrhe muqueux aigu, le chronique et le pituiteux ou bronchorrée.

Le premier s'est offert à mon observation, tantôt borné à un poumon, alors l'auscultation médiate ne faisait entendre de râle muqueux que de ce côté; tantôt s'étendant aux deux. Plusieurs fois il m'est arrivé de n'en pas percevoir, malgré l'existence de toux et d'oppression. Toutes les fois qu'il était peu étendu, j'ai vu la fièvre manquer. Tandis que lorsqu'il avait envahi les tuyaux et les ramifications bronchiques des deux poumons, il donnait lieu à une dyspnée extrême, à une fièvre intense, à des menaces de suffocation, en un mot, à tout l'appareil des symptômes qui caractérisent le catarrhe suffocant. Presque toujours dans ce dernier cas, le râle était bruyant, sonore, entendu à l'oreille nue et à distance, et il fallait recourir, avant l'emploi du chlore, à une médication énergique, telle que vomitifs, ventouses, sinapismes, saignées, etc.

La plupart du temps, la percussion m'a toujours donné un son clair, même dans les points où je n'entendais pas momentanément le bruit respiratoire, excepté lorsque la bronchite s'était greffée sur un engorgement ou pneumonie ancienne de l'un

des lobes pulmonaires, ou était venue compliquer une pleurésie ou une affection tuberculeuse, encore latente, cas qui s'est offert assez souvent, et dans lequel l'administration du chlore était inutile et promptement discontinuée dès que je m'étais aperçu de ces complications, car l'expérience m'avait appris son inutilité alors.

Les complications qui se sont le plus fréquemment présentées, ont été des pleurodynies qui cédaient constamment à une ou deux applications de sangsues et à un large révulsif sur le point douloureux; des aphonies qui résistaient quelquefois pendant plus de quinze à vingt jours.

Le chlore administré en inspirations a, dans le plus grand nombre des cas, été bien supporté. Je n'ai jamais observé qu'il ait augmenté la phlegmasie bronchique. Lorsque les premiers jours il ne pouvait l'être, ce qui a eu lieu bien rarement, il suffisait de le suspendre quelque temps pour qu'ensuite la tolérance s'établît, qu'il pût être continué et qu'il amenât la guérison.

Cependant dans des cas où la toux et l'oppression étaient extrêmes, et où l'idiosyncrasie du malade semblait repousser son emploi, je l'ai souvent remplacé par des aspirations de vapeur d'eau, versée chaude sur des feuilles de belladone macérées dans une forte dissolution d'opium, ou l'administration, le soir, de poudre de belladone, à la dose de trois à quatre grains au plus, et par l'application de révulsifs aux cuisses chez les femmes, et aux bras chez les hommes.

Il m'est arrivé un grand nombre de fois d'administrer en même temps pour boisson, une dissolution d'un demi-gros à un gros de chlorure d'oxyde de sodium par pinte d'eau, et de la donner froide sans que le catarrhe fût aucunement aggravé, la guérison s'effectuant comme avec les infusions chaudes de plantes dites pectorales. Néanmoins, comme les malades se fatiguaient et se dégoûtaient promptement de ces dissolutions, à cause de leur goût désagréable, souvent je me suis contenté des dernières n'y attachant qu'une importance bien secondaire; d'autres fois je les ai continuées pendant toute la durée de la maladie.

Le catarrhe chronique règne habituellement dans la maison centrale de détention de Rennes. Il forme avec la phthisie pulmonaire le chiffre le plus élevé des maladies qui alimentent les infirmeries. Deux causes semblent en occasionner la fréquence : l'humidité des ateliers de tisseranderie et l'uniformité de la règle relative au change des vêtements qui empêche de pouvoir le modifier suivant les exigences des vicissitudes atmosphériques. En outre, un assez grand nombre de vieillards, âgés de plus de 70 ans, sortant des bagnes où ils ont passé la majeure partie de leur existence et contracté de vieux catarrhes viennent encore en accroître le chiffre.

Chez quelques-uns de ceux qui n'offraient pas la complication d'un emphysème des poumons, le chlore a produit une amélioration marquée dans la sécrétion puriforme, soit sous le rapport de la quantité, soit sous celui de l'aspect. Chez le plus grand nombre, le même agent thérapeutique a échoué, les crachats muqueux plus ou moins jaunis semblant devenus un émonctoire naturel, et provenant des membranes muqueuses bronchiques épaissies et d'un rouge tirant sur le violet et le brun, phlegmasie latente qui ne peut plus être accessible à aucune modification dans les organisations usées d'hommes sur le bord de leur tombe.

J'ai remarqué deux variétés d'aspect dans les crachats caractéristiques du catarrhe chronique : l'une rappelant ceux des phthisiques, par son apparence puriforme, son épaisseur, l'absence de mucosités spumeuses plus ou moins transparentes; l'autre, constituée par ces dernières, abondantes, filantes, d'une couleur louche, légèrement blanchâtre ou diaphane, ressemblant à du blanc d'œuf, au milieu desquelles nagent des portions plus épaissies, d'un blanc jaunâtre. Leur quantité variait d'une livre à une et demie par vingt-quatre heures.

Les signes stéthoscopiques que j'ai rencontrés ont toujours été un râle muqueux plus ou moins marqué; tantôt borné à la racine des bronches, tantôt rencontré par n'importe quel point de la poitrine ou sur certains seulement. Quelquefois une respiration puérile, d'autres fois très-imparfaite ou même suspendue momentanément. Enfin, dans plusieurs cas, un râle sonore rappelant, par instants, le roucoulement de la tourterelle, le frottement d'une corde de basse, avec un bruit plus ou moins aigu donnant une modulation monotone plus ou moins sifflante qu'il m'est impossible de décrire, faute de termes assez justes de comparaison.

Les complications les plus fréquentes qui se sont offertes à mon observation ont été, 1° l'asthme ou emphysème des poumons, tantôt partiel ou limité, tantôt plus étendu ou général. Dans le premier cas, les aspirations chloreuses ont encore réussi quelquefois, dans le second, jamais; 2° la dilatation des bronches, lésion beaucoup plus rare, contre laquelle j'ai eu trop peu d'occasions d'expérimenter pour pouvoir statuer si elles seraient utiles ou non; 3° le développement des tubercules, sous l'influence d'une réclusion absolue, de travaux sédentaires, de passions tristes ou déréglées, d'excès ou de misère avant l'incarcération, et de l'accumulation d'un grand nombre d'individus dans des dortoirs, etc., des ateliers trop resserrés; 4° enfin, des pneumonies partielles, latentes, ou des engouements sanguins ou séreux des lobes ou portions de lobes des poumons.

Après avoir reconnu que les traitements ordinaires consistant dans l'application d'exutoires permanents, l'administration d'infusions de plantes aromatiques ou dites béchiques, de potions oxymellées ou kermétisées, de toniques, de spiritueux, de balsamiques, d'opiatiques, n'étaient au fond que l'expectation appliquée à une maladie chronique, et que la plupart n'agissaient que d'une manière éloignée et tout à fait négative, je cherchai à porter sur la muqueuse bronchique elle-même un agent médicamenteux qui pût en modifier l'état morbide, et le chlore me sembla réunir plusieurs des conditions propres à obtenir ce résultat. En effet, je ne tardai pas à reconnaître qu'il n'excitait pas le plus souvent la toux, qu'il n'augmentait point la dyspnée, qu'il ne déterminait aucune douleur dans la poitrine; mais qu'il finissait par modifier d'une manière plus ou moins directe l'altération de sécrétion qui constitue le ca-

ractère principal du catarrhe chronique, et à la ramener à ses conditions normales.

J'en portai la dose de dix gouttes à quatre-vingt-dix, cent et au delà. Mais le plus souvent je la maintenais à trente et quarante. J'obtins de la sorte des durées de traitement beaucoup moins longues que par les autres méthodes, comme on pourra s'en convaincre par le relevé des tableaux cliniques qui ont servi de base à ce travail.

Chez les malades ayant succombé, soit à une bronchite chronique, soit à toute autre affection coexistante, tantôt je trouvai la phlegmasie de la muqueuse trachéo-bronchique bornée à la trachée-artère et aux grosses bronches ; tantôt ayant envahi les moyennes et les plus petites, ou tout l'arbre bronchique. Dans ces cas, sa tuméfaction et sa rougeur plus ou moins intense, avec sécrétion de mucosités jaunâtres ou rougeâtres assez adhérentes, étaient quelquefois, bien que rarement, bornées à un seul poumon. Le plus souvent elles s'étendaient aux deux, et pendant la vie, l'auscultation avait fait entendre différents râles, tels que le ronflant, le sibilant, l'humide, le sous-crépitant, etc.

Dans la plupart des catarrhes chroniques, il ne se développait de la fièvre que lorsque la maladie tendait à passer à l'état aigu, ou lorsqu'il y avait eu recrudescence par le froid ou l'humidité. Les uns duraient depuis dix à vingt ans; les autres cessaient l'été pour revenir l'hiver. Le plus grand nombre présentaient des séries d'exacerbations à des intervalles variables : quelques-uns se compliquaient d'asthme.

Enfin, une troisième variété du catarrhe que j'ai souvent rencontrée, est celui dit *pituiteux*, dénommé par Laënnec *phlegmorrhagie pulmonaire*, et par des auteurs plus modernes, *bronchorrée*. Il ne m'a paru différer des précédents que par l'aspect et la quantité des crachats, qui sont formés de mucosités légèrement troubles, ou plus ou moins transparentes, visqueuses, contenant quelquefois de petits grumeaux blanchâtres, d'autres fois des portions muqueuses plus opaques. Ils ressemblent assez bien à des blancs d'œufs délayés dans de l'eau : leur quantité était souvent considérable, dépassait une ou deux écuelles par vingt-quatre heures.

Cette variété de catarrhe m'a fréquemment signalé le développement des tubercules ; elle m'a toujours semblé l'une des plus difficiles à guérir, surtout lorsqu'elle était chronique. Les aspirations de chlore ont échoué un assez grand nombre de fois contre elle. Les signes stéthoscopiques ont toujours été les ronchus ou râles variés, plus ou moins sonores de la bronchite chronique. La pâleur habituelle du visage, l'amaigrissement borné n'ont jamais été en rapport avec l'énorme déperdition quotidienne de salive qui avait lieu.

Quelques-unes de ces bronchorrées ont résisté aux médications les plus énergiques et les plus variées, et n'ont semblé diminuer que sous l'influence du changement des saisons et d'une température plus chaude et plus égale. Je pense que dans de tels cas le médecin devrait envoyer les malades habiter temporairement le midi de la France, ou tout autre climat chaud et sec. Je suis d'autant plus porté à croire à l'efficacité de ce conseil, que le docteur Alègre, qui exerce la médecine dans la ville d'Hyères, a reconnu, par des observations faites pendant plusieurs années, que le climat était aussi favorable aux affections catarrhales chroniques, que funeste aux tuberculeuses, et qu'il en était de même de celui de Nice.

Dans un cas de catarrhe suffocant, chez une femme très-grasse, ayant habituellement la respiration gênée et courte, à laquelle je donnais des soins en ville, et qui avait résisté aux traitements les plus variés, et compromettait gravement l'existence, l'aspiration du chlore fit cesser le danger. Depuis, je n'en retirai que peu d'utilité dans l'asthme, soit sec, soit humide, surtout dans le premier ; car, dans le second, elle facilitait souvent la sécrétion bronchique, et finissait même par en modifier l'aspect et en diminuer la quantité.

J'ajouterai que dans un certain nombre de catarrhes suffocants, avec menace d'asphyxie, dans lesquels je voulus d'abord essayer l'action du chlore en aspirations, elle fut insuffisante, à cause de la faiblesse et de la lenteur de ses effets, pour parer aux accidents les plus graves qu'il fallait se hâter de combattre par les vomitifs, les émissions sanguines, les ventouses sur la poitrine, les révulsifs les plus énergiques; mais qu'une fois le premier danger passé, il semblait opérer efficacement et avec plus de promptitude qu'aucun autre moyen.

J'ai expérimenté, depuis le mois d'août 1831, jusqu'à la fin de 1835, inclusivement, ou pendant quatre ans et demi, à la maison centrale de détention de Rennes, l'action du chlore aspiré avec les précautions décrites ci-dessus, sur tous les catarrhes, soit aigus, soit chroniques (qu'ils fussent simples ou compliqués d'autres lésions), qui se sont présentés à mon observation.

Le nombre des malades sur lesquels je l'ai essayé a été de 309, sur lesquels 228 femmes et 81 hommes ; savoir, sur 14 des premières depuis août 1831; sur 43, en 1832; 61, en 1833; 54, en 1834; et 32, en 1835. Sur 7 des seconds, depuis le mois de mai 1831; 7 autres, en 1832; 15, en 1833; 24 en 1834; et le même chffre, en 1835.

On voit déjà, par la comparaison du nombre des catarrheux dans les deux sexes, combien le masculin, malgré que ses travaux soient plus pénibles et se fassent dans des ateliers dont l'humidité est nécessaire à la tisseranderie, le plus souvent sans veste, à cause de la gêne qu'elle occasionne, résiste bien mieux que l'autre aux causes des bronchites ou de maladies. Car la différence de leur chiffre de population, relativement à celui des femmes (140 à 150 des premiers, sur 170 à 180 des secondes), est trop peu marquée pour en rendre raison. Ce résultat serait donc contradictoire à celui énoncé par la plupart des auteurs modernes, et principalement par M. Andral, *que les hommes seraient plus sujets au catarrhe que les femmes*.

Je m'occuperai d'abord des effets obtenus chez ces dernières par l'usage du chlore ; 228 femmes y furent soumises, sur lesquelles 141 étaient atteintes de bronchites aiguës; 65 de chroniques, dont 17 doubles; 4 compliquées d'emphysème pulmonaire ; et 22 de phthisie. Sur ce nombre :

23 furent guéries en 2 jours.
11 . . . . . 3

| | | |
|---|---|---|
| 13 | furent guéries en | 4 jours. |
| 16 | . . . . . | 5 |
| 20 | . . . . . | 6 |
| 11 | . . . . . | 7 |
| 11 | . . . . . | 8 |
| 12 | . . . . . | 9 |
| 6 | . . . . . | 10 |
| 8 | . . . . . | 11 |
| 6 | . . . . . | 12 |
| 4 | . . . . . | 13 |
| 9 | . . . . . | 14 |
| 5 | . . . . . | 15 |
| 2 | . . . . . | 16 |
| 5 | . . . . . | 17 |
| 2 | . . . . . | 18 |
| 3 | . . . . . | 20 |
| 3 | . . . . . | 22 |
| 2 | . . . . . | 23 |
| 5 | . . . . . | 24 |
| 3 | . . . . . | 26 |
| 3 | . . . . . | 27 |
| 2 | . . . . . | 28 |
| 12 | . . . . . | de 30 à 38 |
| 3 | . . . . . | de 40 à 50 |
| 2 | . . . . . | de 50 à 60 |
| 2 | . . . . . | de 60 à 70 |
| 1 | . . . . . | de 70 à 80 |
| 1 | . . . . . | de 80 à 90 |
| 1 | . . . . . | au-dessus de 100. |

Les guérisons furent donc, en général, promptes ; puisque 117 eurent lieu en neuf jours ; 38 , en moins de quinze ou plus de la moitié, en en défalquant les 22 phthisiques ; et que le nombre de celles qui dépassèrent trente jours fut extrêmement petit, résultats qu'on obtient rarement par les méthodes de traitement ordinaires , la bronchite durant communément de une à deux semaines, et la chronique des années, et souvent toute la vie , ne cessant l'été que pour revenir l'hiver, et offrir de la sorte des séries d'exacerbations.

Des 141 bronchites aiguës traitées par le chlore 51 furent guéries en cinq à six jours ; 33 en sept à dix ; 29 en deux ou trois ; et 21 en onze à quinze. Le plus grand nombre le fut donc en cinq à huit jours ; et le plus petit en onze à quinze, résultat encore de beaucoup supérieur à celui par les traitements ordinaires.

Des 65 bronchites traitées par le même moyen, sur lesquelles 17 étaient doubles, plusieurs ayant offert les caractères du catarrhe suffocant , et 4 compliquées d'emphysème des poumons, 16 furent guéries en vingt et un à trente jours ; 15 en onze à vingt ; 13 en deux à dix ; 4 en quarante et un à cinquante ; 2 en soixante à soixante-dix ; et enfin 1 en quatre-vingt-huit seulement. La moyenne des guérisons entraîna donc de seize à trente jours. Les deux tiers des malades guérirent même dans l'espace de cinq à vingt-sept jours ; sur ce nombre , 4 succombèrent , ou à peu près, le seizième.

Enfin, des 22 bronchites compliquées ou accompagnant la phthisie pulmonaire, sur lesquelles 5 se terminèrent par la mort, et pour lesquelles on essaya les aspirations chloreuses, 6 malades les firent seulement de six à neuf jours ; 6 de quinze à trente ; 3 de trente à cinquante ; 2 de cinquante à soixante-dix ; et 1 pendant cent quatre-vingts , ce qui ne l'empêcha pas de périr. Ayant déjà publié un mémoire sur l'inutilité de cet agent médicamenteux dans la tuberculisation pulmonaire, je ne peux qu'y renvoyer. (*Mémoire sur l'emploi du chlore dans la phthisie pulmonaire : Archives gén. de médecine* n° d'avril 1834.)

Ayant voulu comparativement apprécier ce qu'était la moyenne de durée des catarrhes aigus dans le même établissement , avant l'époque où j'ai pris le service médical, je n'ai pu trouver aucune note de mon prédécesseur propre à m'éclairer à cet égard ; en sorte que je ne peux établir de rapprochement que relativement au très-petit nombre de femmes que je traitai encore, pendant les sept premiers mois qui suivirent mon entrée , par l'ancienne méthode. Eh bien, sur un total de 24, près de la moitié des bronchites dura de trente à cinquante jours ; un tiers de douze à vingt ; et très-peu de deux à dix.

Mais, d'après des renseignements qui m'ont été fournis, et d'après ce que j'ai eu occasion d'observer dans la ville, où un grand nombre de catarrheux repugnent, ou n'ont pas la constance de continuer les aspirations chloreuses, je suis fondé à croire que les traitements ont au moins une durée double ou triple, et que beaucoup plus de bronchites aiguës passent à l'état chronique et deviennent, de la sorte, une cause déterminante de tuberculisation pour les poumons.

Le petit nombre des malades admis communément dans l'infirmerie du département des hommes ne me permit d'expérimenter le chlore , depuis le mois de mai 1831 jusqu'à la fin de 1835, que sur 81 détenus, sur lesquels 65 étaient atteints de bronchites aiguës, 12 de chronique, dont une compliquée d'asthme, et 4 de phthisie pulmonaire.

Des 65 catarrhes aigus qui furent traités par le chlore, 25 furent guéris en trois à cinq jours, 21 en deux, 18 en six et dix , et 3 en onze à treize. Les deux tiers le furent donc en deux à cinq jours et l'autre en six à dix , résultat remarquable. Des 12 chroniques, cinq furent guéris en dix à quinze jours, 3 en vingt à trente et 2 en trente à quarante , les deux tiers le furent donc en dix à trente, et l'autre en trente et quarante, durée, comme on le voit, de beaucoup moindre que par les traitements usités. Enfin , de 4 phthisies, deux se terminèrent par la mort.

Je dois à la vérité de déclarer que le chiffre des malades sur lesquels j'ai expérimenté le chlore , et qui fait la base de ce travail, est loin d'avoir été le réel, et que je peux, sans exagération, le porter à 400 ou plus pour les femmes, et à 160 ou 180 pour les hommes, la plupart du temps, le pharmacien qui tenait le cahier de clinique ayant omis de marquer les prescriptions de chlore, que les infirmières et infirmiers écrivaient seuls, afin de pouvoir s'en rappeler et exécuter ponctuellement. En effet, des recherches faites sur mes notes particulières, comparativement à celles des cahiers précédents, m'ont donné, dans le département des femmes, pour chiffre total, 319 au lieu de 228 , depuis le 1er août jusqu'à la fin de 1835 ; savoir, en 1831, 55, au lieu de 14 ; en 1832, 71, au lieu de 42 ; en 1833, 27, au lieu de 61 ; en 1834,

104, au lieu de 54 ; et, enfin, en 1835, 62, au lieu de 32.

Dans la division des hommes, 103 au lieu de 81 ; savoir, depuis le mois de mai, en 1831, 24, au lieu de 7 ; en 1832, 19, au lieu de 7 ; en 1833, 18 au lieu de 15 ; en 1834, 14, au lieu de 24; et, enfin, en 1835, 28, au lieu de 24.

Ensuite, relativement à la nature et aux complications des bronchites, pour les premières, 242 catarrhes aigus, au lieu de 141 ; 61 chroniques, au lieu de 65 ; sur lesquelles 25 compliquées d'emphysème pulmonaire, au lieu de 4, et 8 catarrhes suffocants. Pour les secondes, 70 bronchites aiguës, au lieu de 65 ; 25 chroniques, au lieu de 12 ; 6 emphysèmes et 2 catarrhes suffocants.

Il me reste maintenant à choisir, parmi le très-grand nombre d'observations de bronchites traitées par la médication chloreuse que j'ai été à même de recueillir, quelques exemples sur chaque variété de catarrhe et les complications qu'elles peuvent offrir, propres à faire connaître le mode d'administration, les doses et les effets de cette dernière.

## PREMIÈRE SECTION. — BRONCHITES AIGUES.

*Bronchite subaiguë.* (Cinq jours de traitement.)

Obs. I.—Lemoine, âgé de 73 ans, atteint de catarrhe aigu, entra le 13 juillet 1834 dans l'infirmerie de la division des hommes. Il toussait beaucoup, expectorait des crachats peu abondants, légèrement muqueux. Sa poitrine, percutée, rendait partout un son clair. Le stéthoscope laissait entendre, surtout à gauche, un râle muqueux peu intense.

Il commença le 14 à respirer du chlore. Sa boisson fut une dissolution d'un demi-gros de chlorure d'oxyde de sodium dans une pinte d'eau.

Le 15, le malade se plaignait de douleurs lombaires violentes. Il fut appliqué douze sangsues à l'anus. Il en résulta peu de soulagement. Ce lombago fut combattu le lendemain par un bain de vapeurs. La souffrance cessa complétement. Lemoine sortit guéri le 19 juillet.

*Catarrhe aigu.* (Cinq jours de traitement.)

Obs. II. — Lucas, âgé de 40 ans, toussant depuis quinze jours, entra le 19 août 1834 dans la salle de pathologie interne.

L'oppression était peu marquée avec léger râle muqueux, la résonnance de la poitrine égale partout, les crachats blanchâtres, peu abondants. Le malade fut soumis aux aspirations chloreuses et prit pour boisson une dissolution dans une pinte d'eau, d'un demi-gros de chlorure d'oxyde de sodium.

Le 22, la toux était presque nulle, de même que l'expectoration.

Lucas sortit guéri le 25.

*Bronchite légère avec complication de laryngite.* (Six jours de traitement.)

Obs. III. — Nouet, âgé de 23 ans, entra à l'infirmerie le 18 octobre 1833, pour une phlegmasie légère des bronches et du larynx. Ce dernier était douloureux. Il n'y avait pas de fièvre, mais des quintes de toux. (Fumigations de jusquiame, infusions de fleurs de violettes, pédiluve sinapisé.)

Le 19, toux plus fréquente, irritation laryngienne et aphonie moindres, léger râle muqueux dans le côté gauche du thorax. Je prescrivis des aspirations chloreuses, au nombre de quatre dans la journée, et pour boisson une solution d'un gros de chlorure d'oxyde de sodium par pinte d'eau.

Le même traitement fut continué jusqu'au 25. Le malade sortit le 27 complétement guéri.

*Bronchite subaiguë.* (Six jours de traitement.)

Obs. IV. — Paty, jeune fille, âgée de 15 ans, atteinte de catarrhe depuis quelques jours, entra le 29 octobre 1834 à l'infirmerie.

On observa de l'oppression, de la fréquence dans le pouls le soir. On percevait à l'aide du stéthoscope et dans chaque côté de la poitrine un râle muqueux, sonore, à grosses bulles. La percussion donnait généralement un son clair. Les crachats étaient filants et spumeux, d'un gris perlé. Je fis commencer les aspirations chloreuses à dix gouttes, et la dissolution de chlorure d'oxyde de sodium à un gros.

Le 3 octobre, crachats presque nuls, toux presque disparue, continuation de la médication par le chlore.

La malade sortit guérie le 5.

*Bronchite double suraigue.* (Six jours de traitement.)

Obs. V. — Carion, détenue, âgée de 16 ans, fut admise dans le service médical, le 16 octobre 1832, pour une bronchite double suraiguë, caractérisée par un râle muqueux, sonore, dans chaque côté de la poitrine, de la fièvre, des crachats muqueux, blancs, l'absence de la respiration dans certains points. (Chlore en inspirations, sinapismes volants aux extrémités inférieures.)

Le 17, oppression forte, fièvre, toux fréquente. Le chlore fut continué à vingt gouttes. On y adjoignit une infusion de capillaire et un pédiluve sinapisé.

Le 18, crachats moins muqueux, plus spumeux, moins abondants ; difficulté à respirer, presque nulle ; fièvre cessée ; sommeil pendant la nuit, mieux marqué. (Aspirations chloreuses ; pour boisson, dissolution de deux gros de chlorure d'oxyde de sodium dans une pinte d'eau.)

Le 20, expectoration spumeuse, presque plus de toux, appétit, mais insomnie. (Même médication, la demi-ration.) Les jours suivants, on continua le même traitement.

La malade sortit complétement guérie le 25 octobre.

*Bronchite double suraiguë.* (Huit jours de traitement.)

Obs. VI.—Poulignain, âgée de 34 ans, entra, le 13 novembre 1832, à l'infirmerie, pour une bronchite double suraiguë, caractérisée par de la fièvre, une oppression extrême, un râle bruyant s'entendant dans

chaque côté du thorax. (Aspirations chloreuses, infusions de fleurs de violettes oxymellées.)

Le 16, je prescrivis une solution de tartre stibié et fis continuer le chlore. Les crachats devinrent plus spumeux, l'oppression moindre vers le soir.

Le 17, toux moins fréquente. (Aspirations chloreuses, pédiluve sinapisé, infusion de sauge.)

Le 18, médication chloreuse plus exclusive, en ce qu'on y ajoute la solution de chlorure d'oxyde de sodium. Matière de l'expectoration plus chargée de bulles d'air.

Le 20, la malade mangea la demi-ration. Elle ne toussait que le matin et le soir, malgré que la température fût à un degré au-dessous de zero. Les crachats étaient très-peu abondants et naturels.

Le 21, mieux plus marqué, appétit, sommeil. On porta les aliments aux trois quarts.

Cette femme quitta les salles le 23 totalement guérie.

## DEUXIÈME SECTION. — BRONCHITE CHRONIQUE.

*Catarrhe chronique.* (Six jours de traitement.)

Obs. VII.—Lechat, âgé de 28 ans, entra, le 8 novembre 1833, à l'infirmerie, pour une bronchite chronique, caractérisée par l'existence d'un râle muqueux, perçu, dans chaque côté de la poitrine, surtout à droite, par des crachats muqueux, blancs, et une toux fréquente. Il commença le lendemain le traitement par le chlore en inspirations et le chlorure d'oxyde de sodium en dissolution à la dose d'un gros par pinte d'eau.

La même médication fut continuée jusqu'au 16 novembre, où il sortit guéri.

*Bronchite chronique.* (Neuf jours de traitement.)

Obs. VIII.—Hamon, âgée de 45 ans, fut admise à la clinique interne le 22 octobre 1832, pour une bronchite chronique, offrant les symptômes suivants: oppression, crachats filants, blanchâtres, râle muqueux, toux fréquente, etc.

Les premiers jours, elle fut traitée par les juleps kermétisés ou opiacés, les infusions de plantes dites pectorales, par mon collègue qui me remplaçait pour cause de maladie, mais sans aucune amélioration.

Elle ne commença que le 27 les aspirations, à dix gouttes d'abord, et les dissolutions froides de chlorure d'oxyde de sodium en boisson. La toux continue à être très-fréquente.

Le 31, même traitement.

Le 3 novembre, quintes plus rares, oppression diminuée, crachats encore muqueux, mais plus spumeux et moins abondants. (Même médication.)

Le 5, l'expectoration était presque nulle ainsi que la toux. La malade ne tarda pas à sortir guérie.

*Bronchite chronique.* (Dix jours de traitement.)

Obs. IX.—Marion, détenue, âgée de 36 ans, fut admise, le 3 janvier 1835, dans les salles de pathologie interne. Elle toussait, était oppressée, mais sans fièvre. Les crachats qu'elle expectorait étaient gras, muqueux, d'un blanc jaunâtre. L'auscultation médiate permettait d'entendre un râle muqueux dans les deux côtés du thorax, mais plus prononcé à gauche. La respiration manquait par moment dans ce côté. La poitrine résonnait partout également. Je prescrivis le chlore, un pédiluve sinapisé, et pour boisson une dissolution d'un gros de chlorure d'oxyde de sodium.

Le 5, toux diminuée, crachats plus spumeux, mais encore muqueux; sommeil meilleur, plus d'appétit. (Même médication, le quart.)

Le 7, expectoration diminuée des trois quarts, et presque uniquement composée de salive, mêlée de bulles d'air; nulle oppression. (Même traitement chloreux.)

Les jours suivants mieux complet. Cette femme sortit guérie le 11 janvier.

*Bronchite chronique.* (Quatorze jours de traitement.)

Obs. X.—Renault, âgée de 33 ans, le 14 juin 1831, à l'infirmerie, pour une bronchite chronique qui fut reconnue à l'aide de l'auscultation médiate.

Les premiers jours le traitement ordinaire n'ayant amené aucune amélioration, les aspirations chloreuses, d'abord à dix gouttes, et quatre fois par jour, furent commencées le 19 et progressivement portées à quarante.

Le 26, crachats diminués des deux tiers, plus spumeux, mais toujours en partie blancs et en partie muqueux. Le stéthoscope appliqué de nouveau fit reconnaître, surtout à droite, un râle sonore plus intense qu'à gauche.

Le 27, je fis ajouter au traitement, pour boisson, une dissolution d'un demi-gros de chlorure d'oxyde de sodium. La dose du chlore fut portée le lendemain à 50 gouttes.

Le 4 juillet, expectoration d'un liquide visqueux, ressemblant à du blanc d'œuf délayé dans de l'eau, oppression marquée, toux fréquente surtout la nuit. (Prescription de deux grains de poudre de belladone pour le soir.)

Le chlore provoquant la toux, je fis diminuer la dose de quarante gouttes à vingt.

Le 9, l'expectoration était réduite à peu de chose, la toux moins fréquente; le mieux était marqué. Néanmoins la médication chloreuse fut encore continuée. La malade sortit enfin guérie le 11 juillet.

*Bronchite chronique.* (Vingt-deux jours de traitement.)

Obs. XI. — Hamon, âgée de 45 ans, fut reçue à l'infirmerie le 20 juin 1835. L'auscultation médiate fit reconnaître une bronchite chronique, que vint confirmer l'expectoration d'un liquide visqueux, abondant, dans lequel nageaient des crachats muqueux. Cette femme offrait en outre les signes d'une irritation gastrique qui fut combattue par une application de sangsues à l'épigastre, et l'eau gommeuse.

Le 30, oppression moindre, toux moins fréquente, sommeil. Le chlore avait été commencé dès le 24, d'abord à dix gouttes, qu'on avait successivement portées à cinquante. La boisson était une dissolution

d'un demi-gros de chlorure d'oxyde de sodium dans une pinte d'eau.

Le 9 juillet, crachats encore muqueux, mais diminués; quintes de toux rares. La médication chloreuse fut continuée.

Le 11, mieux prononcé.

La malade quitta l'infirmerie le 17.

*Bronchite chronique.* (Vingt-quatre jours de traitement.)

Obs. XII. — Courteil, détenu, âgé de 30 ans, était atteint d'un catarrhe chronique depuis plus de cinq mois, lorsqu'il entra le 16 avril 1831 dans la salle de pathologie interne. Il toussait fréquemment, expectorait des crachats visqueux, blanchâtres, très-abondants, était le plus souvent oppressé. Il offrait sous le stéthoscope les signes ordinaires de la bronchorrée.

Il commença les aspirations de chlore à dix gouttes, le 18. Il les augmenta progressivement jusqu'à soixante, quatre fois par jour. L'expectoration et la toux diminuèrent peu à peu, et il sortit enfin, le 12 mai, complétement guéri.

*Bronchite chronique.* (Trente-huit jours de traitement.)

Obs. XIII. — Perrine J...., âgée de 28 ans, mariée à un homme dont elle n'avait point eu d'enfants, et ayant perdu successivement sa mère, deux frères et une sœur, par la phthisie pulmonaire, avait eu plusieurs hémoptysies et toussait depuis cinq à six mois, lorsqu'elle fut soumise à mon examen, le 7 novembre 1829.

Il y avait peu d'amaigrissement, le visage était coloré, la poitrine large, bien conformée; la langue était rouge, piquetée à la pointe. Il y avait des nausées, de la sensibilité à l'épigastre, de la constipation. La malade se plaignait d'un sentiment de gonflement après avoir mangé, d'éructations, d'avoir peu d'appétit. La toux était fréquente, l'expectoration muqueuse, la menstruation assez régulière. Il y avait des sueurs nocturnes. La poitrine résonnait partout très-bien. La respiration, étudiée à l'aide du stéthoscope, était un peu moins forte au sommet du poumon droit, où la voix avait une résonnance particulière. Le cœur était dans l'état normal.

Toutes les apparences de force chez cette femme éloignèrent l'idée de la phthisie pulmonaire, malgré les antécédents de la famille et les crachements de sang éprouvés autrefois par la malade, qui furent dus, comme tout me porte à le croire, à une déviation menstruelle. En conséquence, je diagnostiquai: *bronchite chronique compliquée de gastrite légère.* (Eau gommeuse, cataplasmes sur l'épigastre, pédiluves sinapisés, aspirations de chlore quatre fois le jour.) La dose de ce dernier fut portée à trente gouttes, jusqu'au 20 novembre, qu'elle fut obligée de le suspendre. Elle le reprit à la fin du mois à dix et à quinze gouttes, qu'elle ne dépassa plus.

Le 23 décembre, l'embonpoint était entièrement revenu. La malade était gaie, avait repris les occupations de son ménage, et offrait tous les signes d'une guérison complète.

TROISIÈME SECTION. — BRONCHITES AVEC EMPHYSÈME PULMONAIRE.

*Bronchite chronique avec léger emphysème.* (Quatorze jours de traitement.)

Obs. XIV. — Morel, femme âgée de 52 ans, fut admise à l'infirmerie, pour une bronchite aiguë, greffée sur une chronique, qui datait de cinq mois. Elle était caractérisée par une expectoration muqueuse et spumeuse, une respiration s'entendait très-faiblement, malgré que la poitrine rendait généralement un son très-clair. L'auscultation fit reconnaître un léger emphysème des poumons. Cette malade, était oppressée, toussait souvent.

Je fis commencer les aspirations chloreuses et la dissolution du chlorure d'oxyde de sodium, à deux gros, malgré le mal de gorge dont se plaignait la patiente. La toux diminua progressivement, de même que la douleur laryngée.

Le 28, sommeil sans quintes, crachats encore muqueux, mais diminués des trois quarts. Quatre jours après, Morel sortit guérie.

*Bronchite double avec emphysème du poumon gauche.* (Quatre jours de traitement.)

Obs. XV. — Jaouen, détenue, âgée de 39 ans, atteinte de bronchite compliquée d'emphysème du poumon gauche, fut admise dans les salles de pathologie interne, le 14 février 1835. L'oppression était extrême, le visage rouge, vultueux, la sueur générale. La respiration s'entendait seulement au sommet du poumon gauche, à peine antérieurement et dans les deux tiers inférieurs, tandis que du côté droit on l'apercevait forte et accompagnée de râle muqueux. Les crachats étaient visqueux, filants, un peu spumeux et assez abondants. Je prescrivis des sinapismes, des aspirations de chlore, et pour boisson une dissolution d'un gros de chlorure de sodium.

Le 15, expectoration aussi abondante, oppression un peu moindre. (Même médication, chlorure, ventouses sur la poitrine.)

Le 17, crachats diminués des deux tiers, nulle orthopnée, toux cessée, appétit, sommeil.

Le 18, la malade, étant parfaitement bien, sortit le même jour.

*Bronchite double avec emphysème et autres complications, terminée par la mort.* (Sept jours de traitement.)

Obs. XVI. — Cazan, détenue, âgée de 40 ans, entra à l'infirmerie le 11 octobre 1834, offrant les symptômes suivants :

Visage rouge, avec légère teinte violacée, respiration excessivement difficile, position presque assise, dans la crainte de tousser, toux, sonorité très-grande de la poitrine, râle muqueux, bruyant dans l'un et dans l'autre côté, expectoration nulle, peu de fièvre, battements du cœur naturels. Je diagnostiquai : *bronchite double avec emphysème des poumons.* (Saignée de 14 onces, potion vomitive immédiatement après, sinapismes.)

Le 12, même oppression, nul soulagement. Je fis commencer les aspirations chloreuses.

Le 13 ( nouvelle saignée de 14 onces, infusion de capillaire). Le lendemain, je prescrivis six pilules, composées chacune de trois grains de savon et de deux de scille; les aspirations de chlore étaient continuées.

Le 15, menaces continuelles d'asphyxie, coloration du visage aussi intense, toux, expectoration muqueuse peu abondante, râle sonore et muqueux, toujours le même. Vers le soir, tous les symptômes s'aggravèrent. La rougeur de la face devint encore plus forte, la position assise dans le lit. Je fis appliquer des vésicatoires à la partie interne du bras et continuer le chlore le lendemain; les pilules furent administrées, mais modifiées et composées d'un grain de proto-chlorure de mercure, d'un de poudre de scille, de trois de savon médicinal et d'un de poudre de digitale pourprée.

Le 18, je n'avais rien gagné sur la maladie. La suffocation était aussi imminente, l'expectoration presque nulle. (Potion avec 30 grains d'ipécacuanha, application de trois ventouses sèches sur chaque côté de la poitrine.)

La patiente mourut le lendemain, dans un véritable état d'asphyxie, après huit jours de maladie.

Les lésions trouvées à l'ouverture du cadavre, relativement aux organes de la respiration, furent les suivantes :

La cavité droite du thorax contenait à peu près une pinte de sérosité jaunâtre limpide. Le poumon de ce côté était adhérent par la partie moyenne de son bord postérieur, à la plèvre costale par de l'albumine jaune transparente, analogue à une belle gelée. Son tissu était généralement emphysémateux. Il surnageait aux deux tiers au-dessus de l'eau, dans laquelle on le plongea. Il était généralement sec et d'une teinte rosée. Le long de son bord inférieur existait comme une traînée de petites duretés, formées par des ramifications bronchiques dilatées, de la section desquelles il sortait, à la moindre pression, des gouttelettes de mucosité puriforme. On rencontrait, en outre, çà et là, dans les lobes supérieur et moyen quelques tubercules gris.

La muqueuse qui tapissait les bronches était épaissie d'un rouge intense, offrait des fibres longitudinales plus marquées que de coutume et était tapissée par un mucus fortement sanguinolent. A la base de l'organe existaient plusieurs glandes bronchiques noirâtres, indurées, tuméfiées et d'aspect tuberculeux.

La cavité pleurale gauche ne contenait pas de sérosité. Le poumon correspondant était adhérent à la partie postérieure; il était emphysémateux. Le tissu de son lobe supérieur était plus rouge que dans les autres points; on apercevait çà et là la plèvre pulmonaire soulevée par de l'air, formant des bulles de trois à quatre lignes de diamètre. Vers le centre de l'organe, le parenchyme était atteint d'un commencement de pneumonie légère. La muqueuse bronchique était d'un rouge aussi intense que dans l'autre.

J'omets à dessein les autres détails de cette autopsie cadavérique comme étrangers à mon sujet.

—

*Bronchite chronique greffée sur une pneumonie latente du lobe inférieur du poumon droit* (Seize jours de traitement chloreux.)

Pelletan, femme âgée de 51 ans, fut admise à l'infirmerie pour une bronchite chronique ou catarrhe pituiteux, caractérisé par des crachats analogues à du blanc d'œuf délayé dans de l'eau, filants, spumeux et très-abondants, une toux fréquente, de l'oppression. Cependant il y avait absence de râle muqueux, matité de la région inférieure du côté droit de la poitrine, et l'auscultation de ce point y fit reconnaître l'absence de tout bruit respiratoire. En conséquence, j'ajoutai au diagnostic : *pneumonie latente du lobe inférieur du poumon droit.* (Application de 18 sangsues à l'anus.) Le lendemain, je fis commencer les aspirations chloreuses; 26 crachats plus spumeux, moins abondants, toux moins fréquente. La respiration s'entendait mieux vers la partie supérieure et antérieure droite du thorax, tandis que la partie moyenne et postérieure continuait à rendre un son mat. Je fis appliquer un large emplâtre épispastique sur ce point et continuer le chlore.

30. Expectoration diminuée des trois quarts; mieux prononcé.

8 février. Convalescence; appétit marqué. La toux avait cessé peu à peu, ainsi que l'oppression et les crachats; et cette malade sortit complétement guérie le 10.

*Bronchite chronique compliquée de pleuro-pneumonie.* (Vingt-trois jours de traitement.)

Obs. XVIII. — Louast, âgé de 17 ans, qui avait été, quinze jours avant, traité d'une bronchite chronique par les aspirations chloreuses, et était sorti complétement guéri, rentra à l'infirmerie le 13 janvier 1833, avec la même bronchite devenue aiguë et greffée sur une pleuro-pneumonie du côté droit, qui semblait plus dilaté que l'autre, et rendait à la percussion un son plus mat.

La dernière maladie fut combattue par de larges révulsifs sur le côté affecté, qui furent plus tard remplacés par deux cautères sur ce dernier. Le chlore fut repris et continué.

Le malade, après un séjour de près d'un mois dans les salles, sortit presque entièrement guéri, puisqu'il ne toussait presque plus, et que l'expectoration avait cessé. La suppuration des exutoires fixes fut entretenue encore pendant un certain laps de temps, jusqu'à l'entière consolidation de la guérison.

La fréquence des pleuro-pneumonies ou pneumonies latentes, rencontrées à l'ouverture des cadavres d'un assez grand nombre de détenus qui avaient succombé à des affections en apparence étrangères à ces lésions, frappa mon attention, lors des huit premiers mois de mon service médical dans la maison centrale de détention de Rennes. En conséquence, je me mis à explorer avec le plus grand soin la poitrine des femmes reçues dans les infirmeries, comme atteintes de bronchites chroniques, d'asthmes ou de phthisie pulmonaire. Je ne tardai pas à reconnaître que la plupart de ces toux rebelles, avec ex-

pectoration tantôt jaunâtre ou blanchâtre, tantôt plus visqueuse, incolore, plus abondante, et avec fréquence du pouls ou fièvre le soir, qui résistaient à toutes les médications, étaient entretenues par des pneumonies ou pleuro-pneumonies devenues latentes, à la suite de traitements vicieux. En effet, ils avaient consisté dans les seuls vésicatoires aidés de boissons insignifiantes, les émissions sanguines étant presque toujours rejetées, en sorte que ces phlegmasies, méconnues la plupart, parce qu'on ne se servait pas de l'auscultation médiate, et mal traitées, ne s'étaient point terminées par résolution, mais avaient passé à l'état chronique. On ne saurait donc être trop en garde contre cette cause si fréquente d'erreur.

*Bronchite chronique compliquée de laryngo-trachéite légère.* (Quarante-six jours de traitement par le chlore.)

Obs. XIX. — Doualin, détenu, âgé de 67 ans, entra le 15 juillet 1834 à l'infirmerie. Il toussait depuis longtemps.

L'expectoration était muqueuse, peu abondante. Les jours suivants, elle le devint davantage, plus visqueuse et mêlée de crachats jaunâtres. La poitrine résonnait parfaitement; la respiration s'entendait dans chaque côté avec un léger râle muqueux. Le malade se plaignait surtout de douleur à la partie antérieure et inférieure du col, un peu au-dessus de la division des bronches.

16. Je fis commencer le chlore en inspirations, et prescrivis pour boisson une dissolution d'un demi-gros de chlorure d'oxyde de sodiun. Cette médication fut continuée jusqu'à la fin du mois, et durant la première moitié d'avril.

20. L'auscultation fit reconnaître du râle muqueux, mais peu marqué. Les crachats étaient visqueux, peu spumeux, et il en surnageait quelques-uns de blanchâtres. Les aspirations chloreuses furent continuées à 20 gouttes.

22. Expectoration et toux moindres.

29. Les crachats étaient moins épais et moins muqueux; l'appétit bon. Le malade respirait 40 gouttes d'eau chlorurée, et la dissolution chlorurée était continuée. La même médication fut suivie jusqu'à la fin du mois.

Le malade sortit le 1er septembre, toussant encore un peu le matin seulement; mais l'expectoration était devenue tout à fait naturelle.

*Bronchite chronique avec laryngite légère.* (Quatorze jours de traitement par le chlore.)

Obs. XX. — Louast, jeune homme âgé de 17 ans, toussait beaucoup depuis huit jours, lorsqu'il fut monté dans les salles de pathologie interne, pour un mal de gorge assez intense.

Cependant, à l'examen de l'arrière-bouche, je ne remarquai aucune rougeur des amygdales et de la muqueuse pharyngienne. La poitrine résonnait d'une manière égale. L'auscultation médiate permettait de distinguer un râle muqueux, plus marqué à droite. Les crachats étaient visqueux, filants et spumeux; quelques-uns blanchâtres très-épais y étaient suspendus.

2. Malgré la douleur du larynx, je fis commencer les aspirations chloreuses et la solution chlorurée. J'ajoutai des sinapismes à la prescription.

5. Toux moindre. Le malade se plaignit d'une douleur à l'épigastre, qui força à suspendre la solution avec le chlorure d'oxyde de sodium, et à la remplacer par de l'eau gommeuse. Je fis appliquer des cataplasmes émollients anodinés, et continuer les aspirations chloreuses.

8. Toux seulement la nuit; crachats plus spumeux, parmi lesquels quelques-uns muqueux et blancs. Je fis respirer le chlore six fois par jour, à la dose de 20 gouttes.

10. Louast vomit un ver lombric. Il avait été appliqué la veille, sur le côté gauche, un emplâtre de poix de Bourgogne, pour combattre une douleur résultant d'une chute ancienne.

12. Mieux prononcé; expectoration plus naturelle. La médication chloreuse fut continuée; et, enfin, le 15, la sortie eut lieu.

*Bronchite chronique compliquée d'hémoptysie.* (Trente-trois jours de traitement par le chlore.)

Obs. XXI. — Georges, âgée de 37 ans, fut montée le 28 mai 1834 à l'infirmerie. Elle crachait le sang, était oppressée, avait de la fièvre. La matière de l'expectoration était blanche, jaunâtre, épaisse et assez abondante. Ces symptômes graves furent combattus par la saignée et le nitrate de potasse à haute dose, qui finit par provoquer des vomissements, et qu'on fut obligé de suspendre. On y joignit des révulsifs.

10 juin. Je fis commencer les aspirations chloreuses; mais elles ne purent être supportées; et, le 12, on les remplaça par celles de jusquiame.

16. Retour de l'hémoptysie, que je combattis de nouveau par la saignée et le nitre à haute dose, qui, cette fois, fut bien supporté. Le crachement de sang cessa.

20. Le chlore fut repris.

28. L'expectoration avait diminué des deux tiers, bien qu'encore muqueuse et jaunâtre. (Solution d'un demi-gros de chlorure d'oxyde de sodium pour une pinte d'eau en boisson.) Sommeil meilleur. La dose du chlore était de 40 gouttes chaque fois.

2 juillet. La convalescence étant presque complète, Georges passa dans le service chirurgical pour une tuméfaction des os métacarpiens de l'index et de l'annulaire de la main droite, due à une diathèse scrofuleuse. J'obtins que le traitement chloreux y fût continué.

22. Crachats d'un blanc jaunâtre, mais diminués de plus des trois quarts. La malade ne toussait plus que le matin. La dose du chlore était de 20 gouttes.

Au bout de quelques jours, la guérison était complète, la médication chloreuse fut supprimée le 24 juillet.

*Bronchite chronique compliquée d'ulcérations du larynx et de tubercules dans les poumons; traitement chloreux; mort.*

Obs. XXII. — Martin, âgé de 40 ans, avait beau-

coup abusé des femmes, et était entré dans le service de chirurgie où il avait subi un traitement mercuriel assez prolongé, lorsque le 26 décembre 1833 il fut envoyé dans mes salles. Il se plaignait de mal à la gorge, prétendait n'être pas guéri de sa maladie vénérienne, et était obsédé de l'idée d'une mort prochaine. Il toussait, avait beaucoup maigri.

La poitrine explorée avec le stéthoscope, je reconnus une pectoriloquie évidente à droite, une pneumonie lobulaire du même côté, et une bronchite chronique. Je fis commencer les aspirations chloreuses et appliquer un emplâtre épispastique sur le côté droit.

Les jours suivants, Martin continua à accuser une douleur continue au côté gauche du larynx et de la difficulté à avaler. L'auscultation de cette partie faisait entendre un souffle tubaire mais sans râle, et la voix avait la résonnance que lui imprime communément le conduit laryngien.

Cet homme se trouvant néanmoins bien mieux demanda sa sortie. Mais dès le 21 janvier, il rentra à l'infirmerie se plaignant des mêmes souffrances à la gorge, toussant, expectorant des crachats jaunâtres et muqueux.

Tout le côté droit du thorax rendait un son mat. Le stéthoscope y fit reconnaître une pectoriloquie évidente au sommet et une pneumonie lobulaire.

En conséquence, je diagnostiquai : *infiltration tuberculeuse dans le poumon droit, excavation, pneumonie lobulaire, ulcération du larynx, surtout à gauche.*

Je prescrivis de nouveau les aspirations de chlore et un julep narcotique.

Martin avait la conscience d'une mort prochaine qui eut lieu en effet le 26 janvier.

L'autopsie cadavérique, qui fut faite 24 heures après, fit voir le poumon droit adhérent par toute sa surface, son sommet occupé par une excavation tuberculeuse, dont une partie des parois se déchira dans les tractions exercées sur l'organe pour l'enlever. Elle était anfractueuse, tapissée d'une membrane rougeâtre assez molle. On rencontra, vers la partie antérieure et inférieure du même organe, une tache blanchâtre de la plèvre, légèrement froncée, qui formait la paroi externe d'une vaste caverne anfractueuse, laquelle communiquait avec une seconde, située à la partie supérieure et externe du lobe inférieur. Leur surface interne était irrégulière, traversée çà et là par des portions de tissu pulmonaire induré, tapissée d'une membrane rougeâtre, adhérente à celle plus blanche et comme fibro-cartilagineuse qui lui était inférieure. Un grand nombre de tuyaux bronchiques y aboutissaient. Leurs orifices béants étaient comme coupés en travers et remplis par un mucus puriforme rougeâtre ; leur muqueuse rouge.

Le tissu intermédiaire aux points infiltrés de tubercules était dans tout cet organe rouge, grenu. (Pneumonie lobulaire.)

Le poumon gauche était également infiltré de masses tuberculeuses grisâtres ou déjà d'un blanc opaque, et son sommet creusé d'une excavation de même nature. Il s'écoulait de petites branches, à la section, du sang pur provenant d'une infiltration sanguine du tissu pulmonaire de la partie postérieure du lobe inférieur, qui était comme splénifié et gorgé de sérosité sanguinolente.

La membrane muqueuse du pharynx était immédiatement au-dessus de l'épiglotte, épaissie, indurée, inégale, les bords de cette dernière ulcérés. La cavité du larynx était convertie en un vaste ulcère, beaucoup plus profond du côté gauche, où il avait détruit la corde vocale supérieure et formé plusieurs cavités sygmoïdes encore remplies de pus, que du côté droit.

Dans la trachée artère, on n'observait rien de semblable ; seulement la muqueuse était rouge, injectée et tapissée de mucus puriforme.

Les autres lésions qui furent trouvées étant étrangères à mon sujet, je ne les relaterai point.

## QUATRIÈME ET DERNIÈRE SECTION.

### BRONCHORRÉES.

*Bronchorrée.* (Vingt-deux jours de traitement.)

Obs. XXIII. — Poulequen, âgée de 34 ans, fut admise le 19 octobre 1834, à l'infirmerie, pour un catarrhe pituiteux chronique, caractérisé par la toux, une oppression considérable, du râle muqueux, une abondante quantité de crachats visqueux, incolores, transparents, écumeux, semblables à du blanc d'œuf délayé dans de l'eau et battu, des quintes de toux revenant par accès, etc.

Je lui fis commencer le lendemain les aspirations chloreuses, et donner pour boisson la dissolution de chlorure d'oxyde de sodium à un gros ; mais elle ne put supporter les premières.

Le 28, elle les essaya de nouveau et la tolérance s'établit.

Le 31, expectoration plus spumeuse, mais toujours copieuse, toux moins fréquente, orthopnée moindre, appétit plus prononcé. J'accordai la demi-ration.

Le 3 novembre, crachats toujours filants et transparents, envies de vomir, quintes de toux. (Un vomitif fut prescrit.)

Les jours suivants, la médication chloreuse fut continuée.

La toux avait diminué, de même que la quantité de la matière expectorée qui était plus spumeuse. Peu à peu elle se tarit, les forces revinrent, l'appétit augmenta et permit de donner les trois quarts. Enfin, la malade sortit le 11 novembre, ne toussant plus qu'un peu le matin et le soir, et ne tarda pas à guérir entièrement.

*Bronchorrée.* (Vingt-deux jours de traitement chloreux.)

Obs. XXIV. — Hellechette, âgée de 35 ans, fut admise dans les salles de clinique interne, le 20 juin 1831, pour un catarrhe pituiteux qui datait de quatre à cinq mois, caractérisé par une extrême oppression, l'expectoration très-abondante de crachats filants, visqueux, analogues à de la salive, composés de mucosités diaphanes et un râle muqueux devenant parfois sibilant.

Je fis commencer le 21 le traitement chloreux.

Le 26, le stéthoscope fit reconnaître le râle décrit d'une manière plus marquée à droite qu'à gauche. Expansion du même liquide, filant, spumeux et très-abondant; accès d'orthopnée.

Le 29, la patiente respirait le chlore à la dose de quarante gouttes chaque fois. On y avait adjoint la solution chlorurée à un demi-gros. Le lendemain, je fus obligé de faire diminuer la dose du chlore inspiré et de la réduire à vingt, à cause de l'irritation qu'elle occasionnait.

Le 30, l'expectoration avait diminué des trois quarts; la toux était moindre, le sommeil meilleur.

Le 2 juillet, le mieux continuait. (Même médication chloreuse.)

Le 9, crachats plus spumeux, mais encore copieux; quintes de toux moins fréquentes; tout indiquait une guérison prochaine.

Cependant, je fus obligé de renvoyer Hellechette avant que la guérison pût être complète, cette femme devant partir trois jours plus tard pour Brest, et devant se préparer à cette longue route à pied par de l'exercice dans les cours.

*Bronchorrée.* (Vingt-quatre jours de traitement par le chlore.)

Obs. XXV. — Gigon, âgé de 38 ans, entra le 9 juin 1834 à l'infirmerie, offrant les symptômes d'une bronchorrée ancienne, caractérisée par l'expansion d'une énorme quantité de crachats visqueux, filants, translucides, troubles, une oppression prononcée, etc.

Dès le lendemain, je fis commencer les aspirations de chlore, dont il ne résulta pas de bons effets. Il fallut y substituer le 15 des fumigations avec des feuilles de jusquiame macérées dans une forte dissolution d'opium.

Le 19, le malade recommença à respirer le chlore, qu'il supporta très-bien. Au bout de quelques jours, la matière de l'expectoration était plus spumeuse et deux fois moins abondante. L'auscultation de la poitrine laissait encore entendre un râle muqueux léger. Le chlore était respiré à quarante gouttes, quatre fois par jour.

Le 27, je fis ajouter au traitement une dissolution d'un demi-gros de chlorure d'oxyde de sodium par pinte d'eau pour boisson.

Le 30, le chlore fut porté à cinquante gouttes; toux moindre; les symptômes diminuèrent progressivement sous l'influence de cette médication, et Gigon sortit enfin guéri le 4 juillet.

J'aurais pu multiplier bien davantage les observations relatées dans ce mémoire, mais c'eût été y accumuler des répétitions fastidieuses et lui donner beaucoup trop d'étendue, défaut qu'on peut déjà lui reprocher. Je me suis donc borné au choix de celles qu'on a lues.

La multiplicité de beaucoup d'autres que j'ai recueillies et que je conserve en portefeuille, engagera, sans doute les médecins d'hôpitaux à expérimenter comme je l'ai fait la médication chloreuse dans les affections catarrhales, surtout dans celles chroniques, genre de maladie qui fait souvent leur désespoir, à cause de la longue durée des traitements ordinaires et de la fréquence de leurs insuccès.

En publiant les résultats des expériences cliniques auxquelles je me suis livré pendant cinq années sur les effets du chlore dans le catarrhe, j'ai cédé à l'espèce de devoir que m'avait en quelque sorte imposé l'Académie de médecine, lorsqu'en 1833 elle rendit un compte flatteur d'un travail que je lui avais adressé sur l'inutilité du même agent thérapeutique dans la phthisie pulmonaire, et qu'elle m'engagea, par l'organe de son rapporteur, M. Louis, à donner plus d'étendue à quelques essais que j'y relatai de l'emploi du même moyen contre la bronchite chronique.

Je désire que ce travail puisse lui prouver qu'à défaut de talent j'y ai apporté toute la sévérité d'observation qu'elle était en droit d'attendre de mon zèle et de mes efforts pour tout ce qui peut concourir à hâter les progrès de la science médicale.

# L'EXPÉRIENCE,

## JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE,

PUBLIÉ PAR MM. DEZEIMERIS ET LITTRÉ.

*Ars longa.* *Ubicumque..*

JUIN 1838.

*Cas de menstruation précoce observé par le docteur* SUSEWIND, *extrait du Wochenschrift für die gesammte Heilkunde*, 1838, *n°* 17, 28 *avril; avec des additions*, par M. DEZEIMERIS.

Le docteur Susewind a vu à Werdorf une enfant de vingt-sept mois chez à laquelle, dès la fin de la première année de son âge, se montra un écoulement menstruel de sang par les parties génitales, qui, par son type et tous ses phénomènes, se comporta comme la menstruation d'une fille nubile; depuis lors cet écoulement a paru avec une régularité presque parfaite toutes les quatre semaines, durant chaque fois environ deux jours. Les parties génitales sont développées d'une manière extraordinaire, les grandes lèvres, épaisses et proéminentes, sont recouvertes de poils.

Les mamelles ont le volume d'une grosse pomme, et sont surmontées d'un fort mamelon entouré d'une large auréole rose ; en un mot, pour ce qui est du développement des parties destinées à la génération, elle se rapproche d'une fille de quinze à seize ans. Du reste, elle est assez forte pour son âge et bien nourrie, mais elle est affectée de rachitis et sujette aux vers.

On connaissait dès le siècle dernier un nombre considérable de faits analogues à celui-là. Haller en a cité beaucoup dans sa physiologie, et plusieurs autres sont indiqués par Plouquet. A ces deux sources, qui font connaître les faits antérieurs au dix-neuvième siècle, il est bon d'ajouter l'indication de ceux qui ont été observés depuis une trentaine d'années, et c'est ce que nous allons faire d'après Meissner.

De Lenhossek rapporte un cas de ce genre (*Medicinische Jahrbücher des K. K. œsterr. Staates*, tom. VI, n° 3, 1822). Une femme qui avait eu déjà deux enfants qui n'avaient rien offert de particulier, accoucha pour la troisième fois d'une fille qui vint au monde faible, presque sans sentiment, et qui ne jeta presque aucun cri, son corps était pourtant très-volumineux. Le troisième jour elle fut plus vivace, elle prit le sein, et depuis, elle jouit d'une bonne santé, jusqu'à son neuvième mois où elle commença à être menstruée. Depuis lors, cette enfant se développa avec une étonnante rapidité ; dès l'âge de deux ans les seins commencèrent à prendre un accroissement rapide, et le pénil était déjà recouvert de poils; néanmoins à six ans il n'y avait aucun désir amoureux.

Carus observa un écoulement de sang pur par les parties génitales d'un enfant à la mamelle, qui s'annonçait, comme la menstruation, par un écoulement muqueux préalable; cela durait près de quatre jours, et l'enfant était ensuite bien portante. (*Zeitschrift für Natur-und Heilkunde*, tom. II, n° 1.)

En rendant compte de ce fait, le rédacteur de la Gazette de Salzbourg (*Medicinisch-chirurgische Zeitung*, 1825, 30 mai) dit avoir trouvé l'utérus d'une petite fille, morte peu après sa naissance, rempli de mucosités, et il présume que cette enfant aurait pu présenter un cas analogue au précédent.

On a rassemblé (*J. N. Rust, Magazin der gesammten Heilkunde*, T. XIV, n° 2, 1825) plusieurs cas de menstruation chez des enfants de deux, trois et demi et huit ans.

Schaefer a décrit (*Hufeland Journal der practischen Heilkunde*, tome 43, octobre 1816) une paysanne de sept ans, monstrueusement grosse, et mal proportionnée dans ses formes, d'une grandeur fort au-dessus de son âge et pesant cent cinquante livres qui, pour la première fois deux mois auparavant, avait eu ses règles pendant quelques jours. Dans ce cas aussi des poils recouvraient le mont de Vénus, et les parties extérieures de la génération étaient complétement développées.

Descuret a consigné dans le tome VII du *Nouveau journal de médecine, chirurgie et pharmacie*, l'histoire d'une fille qui avait été menstruée pour la première fois à l'âge de deux ans, et chez laquelle, depuis cette époque, les menstrues parurent régulièrement toutes les quatre semaines.

A huit ans, ses seins étaient extraordinairement developpés, et ce qu'il y a de plus remarquable dans ce cas, c'est qu'ayant été mariée à vingt-sept ans elle eut plusieurs enfants, et qu'à cinquante-trois ans, époque ou M. Descuret publia ce cas, il n'y

avait chez elle aucune apparence de la cessation prochaine de la menstruation.

Lobstein avait également vu (*v. Siebold. E, Lucina, eine Zeitschrift zur Vervolkommung der Entbindungskunst*, tome I, page 102, et tome IV, page 163) la menstruation s'établir avant l'âge de deux ans, et continuer depuis régulièrement. L'enfant avait beaucoup de finesse et d'intelligence. Stark parle aussi d'une petite fille qui fut menstruée à six ans, et qui avait une intelligence et une vivacité d'esprit extrêmement remarquables.

Carus rappelle l'exemple d'une femme morte dans un âge avancé, qui avait été menstruée à deux ans, s'était livrée à un homme et était devenue grosse à huit. (Comparez C. J. Meyer, *system. Handbuch zur Erkenntniss und Heilung der Blutflüsse;* Vienne, 1805, in-8°, t. 2, p. 381.)

Contrairement à ce qu'avaient observé Lobstein et Stark, d'Outrepont remarqua une intelligence fort peu développée chez une petite fille qui avait déjà quatre dents, quatorze jours après sa naissance, qui fut menstruée à neuf mois, époque où elle avait déjà de long cheveux noirs et des mamelles saillantes, et qui jusqu'à sa mort, dans la neuvième année de son âge, eut régulièrement son flux périodique toutes les quatre semaines (*Gemeinsame, deutsche Zeitschrift für Geburtskunde*, t. I, p. 151). Ni dans ce cas ni dans les autres on n'a remarqué de désirs amoureux chez les enfants dont les parties génitales étaient ainsi développées avant le temps.

C'est surtout chez les enfants des nègres qu'on a observé des exemples de cette précocité.

Ramon de la Sagra (*Ann. de Ciencias, agricultura, comercio y artes*. La Havanne, sept. 1827. — *Gerson und Julius, Magazin der auslœndischen Literatur der ges. Heilkunde*. 1830, n° 6, p. 479) fait l'histoire d'une fille négresse, dont les seins étaient fort développés dès sa naissance, qui eut bientôt après un écoulement par les parties génitales, lequel se régularisa dans la première année en une véritable menstruation, et qui à l'âge de 32 mois avait trois pieds dix pouces de taille et une voix forte et sonore.

Mandelshof (au rapport du *Dictionnaire des Sciences médicales*, t. XLVI, p. 48) assure avoir vu dans l'Inde une petite fille qui, à deux ans, avait les mamelles développées, qui se maria à trois ans et était mère à cinq.

Gedike a vu une fille de sept ans menstruée, ayant les parties génitales très-développées, qui mourut par l'effet d'un stéatome qui remplissait le bassin et tenait à l'ovaire gauche (*In Horn's Archiv für med. Erfahrung*, 1825, p. 189). Il rappelle à cette occasion un cas de Wall, relatif à une petite fille dont les règles commencèrent à paraître à neuf mois, qui avait les mamelles formées à dix-huit mois, et qui avait à l'âge de neuf ans la taille d'une fille de dix-huit.

Comarmond (*Dict. des sc. méd.*, t. XLVI, p. 50) parle d'une enfant dont les seins étaient développés à l'âge de trois mois, dont les parties génitales commencèrent à la même époque à se recouvrir de poils, et dont les menstrues parurent bientôt après, pour continuer régulièrement jusqu'au vingt-septième mois de son âge, époque où cette observation était publiée.

Dieffenbach a donné (*In Meckel's Archiv für die Physiologie*, 1827, p. 367) l'histoire d'une enfant qui à sa naissance n'avait qu'un volume ordinaire, mais chez laquelle les règles s'établirent au neuvième mois, pour revenir ensuite tous les deux mois; à dix-huit mois elle avait déjà près de trois pieds de haut et un bassin très-développé.

Gergerès (*Notice des travaux de la Soc. roy. de méd. de Bordeaux;* par Dupuch-Lapointe) a donné des soins à une fille de six ans ayant régulièrement ses menstrues toutes les quatre semaines.

Kahleis a vu une enfant juif de huit jours, qui en trois jours perdit par les parties génitales environ trois petites cuillerées de sang (*Hufeland's und Osann's Journal der pract. Heilkunde*, 1829, pag. 85).

Wilde mentionne (*Gemeinsame deutsche Zeitschrift für Geburtskunde*, t. VI, p. 431) le cas d'une petite fille de deux ans et demi, dont l'appareil sexuel était arrivé à un degré remarquable de développement, puisqu'elle avait du poil aux parties génitales et qu'elle était régulièrement menstruée. Il observa lui-même une fille de neuf mois qui eut, sans cause connue, un écoulement de sang par la vulve, lequel s'arrêta spontanément.

Dans le congrès des naturalistes qui eut lieu à Hambourg en 1830, Münchmeyer communiqua le fait d'une petite fille de trois ans, dont les parties génitales étaient complétement développées, et qui était régulièrement menstruée.

Heiligers, dans sa thèse inaugurale (*Diss. de pubertate morbosâ*. Berlin, 1828, in-8°), parle d'une enfant de deux ans, régulièrement menstruée et dont les parties génitales étaient très-développées; mais ce cas paraît être le même que celui de Wilde, indiqué plus haut.

On voit que les cas de ce genre sont nombreux, et l'on pourrait encore en ajouter à ceux qui précèdent.

Divers auteurs ont hasardé des conjectures sur la cause probable de ce singulier phénomène. Ils n'ont pas mieux réussi à l'expliquer qu'on ne réussit à expliquer la menstruation normale.

Quand l'apparition des règles, dans un âge très-tendre, coïncide avec un degré extraordinaire de développement de tout l'organisme, il n'y a pas lieu de s'en étonner, et l'on est en droit de présumer que, malgré l'anomalie des dates, il n'y a au fond rien que de normal dans ces menstruations précoces. Mais quand les règles apparaissent chez une enfant qui a, d'ailleurs, tous les caractères organiques de son âge, et dont le développement général n'est nullement avancé, la menstruation est un phénomène morbide dont il faut s'attacher à découvrir la cause pour la combattre, car ces pertes sanguines ne sont point alors sans inconvénient. Nous exposerons, dans un autre article, les résultats auxquels conduisent, relativement à la détermination de ces causes, le rapprochement et l'analyse des faits que nous venons d'indiquer.

—

*De l'existence de l'urée dans des parties des l'organisme animal autres que l'urine;* par M. Richard-Félix Marchand.

§ I. *Recherche de l'urée dans le sang à l'état normal.*

C'est un problème physiologique à résoudre, que de savoir si dans l'organisme animal les organes forment les corps qu'ils séparent, ou s'ils ne font qu'isoler du sang ceux déjà formés. La plupart des chimistes, et à leur tête M. Chevreul, ont cru devoir adopter cette dernière opinion, du moins pour ce qui regarde l'urée, et surtout depuis que, par les expériences de MM. Prévost et Dumas, sa présence dans le sang après l'extirpation des reins, eut été prouvée. Les physiologistes s'élevèrent contre cette manière de voir, et cherchèrent à la combattre avec leurs propres armes, car ils désiraient que les chimistes prouvassent l'existence de l'urée dans le sang, sans qu'on fît l'extirpation préalable des reins. Les derniers savants qui se sont occupés de cet objet sont MM. Mitscherlich, Gmelin et Tiedemann (1). Après s'être convaincus, par des expériences préalables, qu'on pourrait retrouver encore 1/250 d'urée dans le sang, ils entreprirent quelques recherches sur dix livres de sang de vache, sans cependant y pouvoir démontrer des traces d'urée. Ils ne disent pas s'ils avaient employé du sang veineux ou artériel.

Quoique les chimistes que je viens de nommer fassent suffisamment autorité, pour qu'il doive sembler superflu de répéter leurs expériences, je m'y risquai pourtant en les modifiant quelque peu. MM. Prévost et Dumas prétendent que nous ne devons pas nous étonner si nous ne trouvons pas d'urée dans le sang à l'état normal, c'est qu'elle n'en est séparée que lentement et d'une manière non interrompue, qu'elle n'y existe qu'en petite quantité, et que, par conséquent, elle a facilement pu échapper dans les recherches. Il fallait donc tirer d'un animal la plus grande quantité de sang possible et dans le temps le plus long possible; deuxièmement, recueillir le sang à un endroit se rapprochant le plus près possible des reins. Quoique tout le sang ne passe pas par les reins, et que sa totalité ne se trouve pas en même temps privée de l'urée qu'elle contient; qu'au contraire, une grande partie coule encore dans l'aorte descendante, sans l'avoir perdue : cependant la quantité absolue d'urée dans le sang se trouve infiniment plus faible au-dessous des vaisseaux rénaux qu'au-dessus.

Pour satisfaire, autant que possible, à toutes ces exigences, on fit l'expérience de la manière suivante : on choisit un chien bien portant et de forte taille, on lui ouvrit l'abdomen du côté gauche, et dans l'aorte, à peu près un demi-pouce au-dessus de la naissance des artères des reins, on introduisit une canule en laiton : on fit ensuite une ligature au-dessous d'elle, autour de l'aorte, de manière à ce que tout le sang de ce vaisseau fût forcé de couler par la canule. Dans l'espace d'une heure l'animal mourut, et la quantité de sang recueilli s'élevait à trois livres. Toutefois en agissant ainsi on en perdit une grande quantité. On en sépara la fibrine en l'agitant avec des cailloux, on la lava convenablement au moyen de l'alcool, et le liquide fut mélangé avec le reste du sang et évaporé au bain-marie jusqu'à siccité. Au reste on rechercha l'urée dans ce liquide, tout à fait de la même manière que l'ont fait MM. Mitscherlich, Gmelin et Tiedemann (1).

Cependant, malgré tout le soin employé, je ne parvins pas à y découvrir la moindre trace de ce corps, quoique, par une expérience préliminaire, je me fusse convaincu de la possibilité de découvrir 2/400 au moins d'urée dans le sang.

Il me parut intéressant de savoir quelle partie constituante du sang pouvait, préférablement aux autres, soustraire à notre attention l'urée qu'elle contient, lorsque la quantité s'en élève à moins de 1/400. D'abord je pensai naturellement à l'albumine, qui, par sa coagulation mécanique devenue dense et solide, peut être une cause très-influente de la séparation de l'urée. On prit donc 200 grm. du sérum du sang, que l'on mélangea avec 1 grm. d'urée; on évapora au bain-marie, et par le procédé connu on en sépara l'urée. Malgré toutes les précautions et les soins que je pris pour effectuer cette opération, je ne pus obtenir que 0, 2 grm. de l'urée que j'avais employée.

Je ne pouvais savoir encore par quoi et comment le reste y était retenu; je n'admets pas qu'il pût se former une combinaison chimique entre l'albumine et ce corps : en supposant même qu'une combinaison pût avoir lieu entre l'albumine et les sels contenus dans le sérum, la quantité en aurait été si faible, que par là il n'en aurait pu résulter qu'une perte très-faible. On prit ensuite 12 grm. de fibrine fraîche, que l'on traita par l'éther, afin de la séparer de la graisse qui y adhérait, on la ramollit dans l'acide acétique concentré, et on la fit dissoudre dans l'eau bouillante.

De 0,5 grm. d'urée qui furent ajoutés au liquide, on ne parvint plus à en isoler que 0,25 grm.; cette perte est très-considérable, et je crois, avec raison, pouvoir l'attribuer, du moins en partie, à une altération causée par l'acide acétique. Enfin j'examinai encore l'action de l'urée sur la matière colorante; 10 grm. de matière colorante desséchée à 40°, furent mélangés à 0,5 grm. d'urée et dissous dans l'eau.

Quand on soumit la dissolution à une chaleur de 70° à 80°, elle se coagula. J'obtins du liquide, qui fut séparé du coagulum, 0,28 grm. d'urée et par le lavage du coagulum, 0,12 grm.; de sorte que la matière colorante du sang retient réellement, ou du moins rend latente une certaine quantité d'urée.

D'où il suit que réellement l'albumine est le corps qui présente le plus grand obstacle à la séparation de l'urée, comme j'ai pu m'en convaincre dans un autre produit : dans les liquides des hydropiques, dans lesquels il me fut possible de découvrir de l'u-

(1) *Poggendorff's Annalen*, Band. XXXI.

(2) *Poggendorff's Annalen*, Band. XXXI, S. 310.

rée ; dans un cas, la quantité d'albumine n'atteignait pas tout à fait 3 pour cent, dans un autre 4 pour cent ; mais dans un troisième, où la proportion de ce corps s'élevait à 14 pour cent, je ne pus y découvrir aucune trace d'urée, et ici les autres corps qui nous présentaient tant d'obstacles dans le sang, et jusqu'aux sels auxquels on attribue une influence très-considérable, ne se montrèrent aucunement.

Nonobstant ce résultat négatif, on peut être porté à admettre la préexistence de l'urée dans le sang, d'autant plus que par un simple calcul on peut prouver combien doit être faible la quantité de ce corps renfermée dans ce liquide, de manière qu'il paraît presque impossible de le retrouver dans le sang humain à l'état normal : ce qu'il y a de mieux est d'établir ce calcul pour l'homme, pour lequel on a des données plus certaines. L'urine de l'homme renferme, terme moyen, 3 pour cent d'urée, si l'on admet qu'un homme sain rende 3 livres d'urine par jour (quantité déjà passable) ; au bout de 24 heures, cette urée représentera à peu près une once et demie. Il est nécessaire que toute l'urée qui se forme dans l'homme soit ainsi séparée ; si cela n'avait pas lieu, vraisemblablement il s'en accumulerait dans le sang, comme on s'en aperçoit réellement dans certaines maladies.

Par conséquent, dans l'espace de 24 heures, il se forme ainsi une once et demie d'urée : il n'existe aucune raison pour admettre que la formation de l'urée ne s'effectuerait pas d'une manière régulière, et qu'un jour elle pourrait être plus considérable qu'un autre : on pourrait même croire que peu de temps après le repas, la production de ce corps doit être plus énergique ; mais plus loin nous ferons voir comment ces deux phénomènes, la digestion et la formation de l'urée, sont tout à fait indépendants l'un de l'autre. Si donc, dans l'espace de vingt-quatre heures, il se forme dans toute la masse du sang une once et demie d'urée, lesquelles seront séparées, du moins en grande partie, d'une manière continuelle, il devra se trouver dans toute la masse, au bout d'une heure seulement, la vingt-quatrième partie d'une once et demie de ce composé.

Si l'on admet que, terme moyen, le corps de l'homme contienne 20 liv. de sang, 1 liv. de ce liquide renfermera au bout de vingt-quatre heures, 3/20 de demi-once d'urée dans l'espace d'une heure, 3/20 f. 24 = 3/480 de demi-once. Si l'on voulait se procurer par une saignée le sang que l'on veut examiner, en supposant que sa durée fût d'un quart d'heure, et la quantité de sang tirée d'une livre, il devrait se trouver dans ce dernier 3/1920 de demi-once d'urée, ou la 61440me partie du sang employé. D'où il résulte clairement que cette quantité a pu échapper à l'attention la plus scrupuleuse des chimistes. Lors même que toutes les indications précédentes renfermeraient de grosses erreurs, et que l'on trouverait du moins les moyens d'écarter les circonstances nuisibles, on sent facilement que avec 1/61440, l'on pourrait difficilement obtenir un résultat favorable, puisque 1/400 n'est pas lui-même sans difficulté pour l'expérimentateur (1).

Il aurait donc été tout à fait superflu, puisqu'il est impossible de prouver à priori la présence de l'urée dans le sang à l'état normal, de faire l'expérience ci-dessus, qui exigeait la cruauté d'une *vivisection*. Je cherchai un autre moyen pour démontrer la préexistence de l'urée, en traitant une grande quantité de sang peu à peu par la même menstrue, et cherchant ainsi à rendre plus considérable la quantité d'urée dissoute, mais l'expérience ne me réussit pas non plus ; ce qui vraisemblablement est dû non-seulement à la faible proportion de ce corps, mais encore à ce que cette petite proportion est tellement noyée dans une grande quantité de substances étrangères, qu'on ne peut réagir sur elle.

Il faut prouver que la séparation de l'urée a lieu d'une manière uniforme, et qu'elle est indépendante de l'influence de la digestion. A cet effet j'examinai de l'urine rendue pendant la nuit et peu de temps après le lever ; ici je trouvai jusqu'à 4 pour cent d'urée, c'est plus que l'on n'a coutume d'en admettre à l'état normal. Jusqu'à deux heures après le repas, le sujet ne rendit pas d'urine, et celle que l'on examina, et sur laquelle la digestion avait pu exercer une influence très-grande, renfermait 3 pour cent d'urée. Que l'urine que l'on rend le matin renferme plus d'urée, cela est sans doute dû à ce que la quantité des parties aqueuses de l'urine se trouve diminuée par l'évaporation qui est plus considérable pendant la nuit ; une autre preuve un peu plus indirecte, à la vérité, en faveur de la supposition précédente, m'est fournie par M. Lassaigne (1) : selon lui, l'urine d'un fou, qui pendant dix-huit jours n'avait ni mangé ni bu, renfermait tout à fait les mêmes principes que celle d'un homme sain.

Cette expérience nous démontre avec beaucoup de certitude que la formation de l'urée n'est pas due immédiatement aux aliments, mais à la substance déjà toute formée de l'organisme lui-même, qui cède dans cette circonstance une certaine quantité d'azote, qui lui est rendue par une nouvelle nourriture azotée, de telle manière qu'une privation de ce dernier genre d'alimentation produit une maladie, puis la mort, comme l'ont prouvé les expériences de Macaire et Marcet (2), MM. Magendie (3), Lassaigne et Yvart (4), Tiedemann et Gmelin (5).

Si donc nous ne pouvons pas admettre que la séparation de l'urée se fasse par la digestion, nous ne devons pas non plus croire qu'elle s'opère d'une manière tout à fait uniforme (6).

---

(1) Des expériences, faites avec le cyanure de potassium et de fer, prouvent avec quelle promptitude peuvent se séparer du sang les corps qui lui sont étrangers, ce qui a lieu même au bout de quelques minutes ; nous ne devons donc pas nous étonner de voir l'organisme faire des efforts et sécréter aussi rapidement l'urine, étrangère au sang.

(1) Journal de Chimie médicale, vol. I, pag. 272.

(2) Mémoires de la Société de physique et d'histoire naturelle, Genève, t. V.

(3) Annales de Chimie, 1816, sep., p. 66.

(4) Annales de Chimie et de physique, août 1833.

(5) Sur la digestion, tome II.

(6) Il y a quelque temps, M. Morin chercha à démontrer que non-seulement l'urée ne préexistait pas dans l'urine, mais qu'elle était formée d'un autre corps qu'il nomme *urile*, existant en combinaison avec le chlore, et qu'elle prenait naissance sous l'influence de l'acide nitrique sur l'u-

§ II. *Recherches de l'urée dans du sang de malade, et qui avait éprouvé des altérations.*

L'existence de l'urée dans le sang d'un malade peut être due à deux causes, et son accumulation (dans le sang) être assez considérable pour qu'on puisse facilement en apercevoir la présence; la première peut être une cause accidentelle, et la deuxième une séparation produite par un moyen violent. Aucun cas de la première espèce n'a encore été rencontré. Ainsi nous pouvons la passer sous silence, et porter notre attention sur une seconde. Le cas le plus simple que nous ayons à considérer ici est l'extirpation des reins, expérience faite et décrite par MM. Prévost et Dumas (1), Vauquelin et Ségalas (2), Mitscherlich, Tiedemann et Gmelin (3). Comme les trois mémoires cités ont donné un même résultat, il était inutile d'en répéter les expériences. Mon but était donc d'empêcher la mort rapide de l'animal que j'employai pour faire l'expérience, et je fus assez heureux pour y parvenir.

Au lieu de pratiquer l'extirpation des reins, j'employai la mortification des nerfs de ces organes par la ligature. Ce procédé doit être préféré, pour plusieurs causes : l'opération se pratique plus facilement; elle n'occasionne pas une aussi grande perte de sang; elle est moins douloureuse, de manière que l'animal se trouve blessé moins gravement et peut vivre plus longtemps. Je fis choix pour faire mon expérience d'un mouton bien sain, auquel en une seule fois on fit la ligature des deux reins. Aussitôt que je pus regarder la mortification comme complète, je fis disparaître les ligatures, afin d'altérer le moins possible l'état normal. Les plaies furent réunies au moyen de sutures; elles ne tardèrent pas à suppurer, et bientôt elles se cicatrisèrent. L'animal n'était pas à son aise; cependant le jour même de l'opération il mangea du lait et du pain blanc, il vomit plusieurs fois les autres jours : le liquide qu'il rendit ainsi était mélangé de beaucoup de bile.

Le jour suivant, l'animal se trouvait très-abattu; il mangea cependant, et rendit des excréments aqueux, et de temps en temps fut pris de vomissements. On put ainsi lui conserver la vie pendant quinze jours. Cependant, il devint très-faible; les vomissements devinrent plus fréquents et il sembla très-proche de la mort, car les battements du cœur, qui jusqu'alors avaient été très-accélérés, devinrent plus faibles et se firent beaucoup plus lentement. Comme il s'agissait de recueillir autant de sang de l'animal qu'il était possible, on ouvrit alors la jugulaire, et la mort fut occasionnée par la perte de sang; cependant nous en recueillîmes encore un peu moins d'une livre, et aussitôt l'animal mourut (4). Ce sang fut soumis à l'expérience. J'eus soins d'en peser exactement 400 gram., que j'évaporai jusqu'à siccité au bain-marie, et que je traitai comme l'ont fait MM. Mitscherlich, Gmelin et Tiedemann. Par ce procédé, j'obtins un peu plus de 2 gram. d'urée. Le liquide qui avait été rendu par vomissements fut en outre examiné, pour savoir s'il ne contenait pas d'urée. On n'employa même que celui qui fut rendu le dernier jour, présumant qu'il pouvait être plus riche que celui des jours précédents.

60 gram. de ce liquide, traités par l'acide nitrique, donnèrent des réactions qui dénotèrent la présence de l'urée d'une manière tellement certaine, que je ne pus hésiter un seul instant à reconnaître sa présence. Il se trouva à peine une trace de liquide dans la vessie de l'animal; aussi pendant les cinq derniers jours de son existence, il ne rendit pas d'urine, ce qui est une preuve suffisante de l'exactitude de la mortification des nerfs des reins.

Je ne puis m'empêcher de rappeler ici les expériences qu'ont faites MM. les professeurs Jean Müller et M. le docteur Peipers sur la mortification des reins au moyen de la ligature (1), car elles me suggérèrent l'idée de faire l'expérience de cette manière. Lorsque M. le docteur Müller fit son expérience, il n'examina pas le sang.

En pathologie humaine, nous rencontrons quelquefois des cas analogues, quoique l'on ne puisse entreprendre sur l'homme de telles opérations. Il n'est pas rare de rencontrer des cas d'ischurie complète; de plus, la maladie de *Bright*, quoique peu fréquente, mérite cependant d'être observée de temps en temps. Enfin, le choléra asiatique, dans toute son intensité, nous présente une urine entièrement dépourvue d'urée.

Comme cette dernière maladie sévissait avec rigueur au moment où je m'occupais de cet objet, je profitai de l'occasion pour répéter les expériences de MM. Hermann de Moscou (2), et Wittstock de Berlin (3), qui donnèrent un résultat négatif. C'est ici le lieu d'adresser mes remercîments à M. le docteur Moritz Nagel, qui occupait une place dans le lazaret lors de l'épidémie du choléra dans cette ville, et qui fit la plus grande partie de cette expérience si difficile. Elle fut exécutée tout à fait de la même manière. On recueillit une livre du sang d'un cholérique qui souffrait depuis plusieurs jours d'une rétention d'urine; mais, malgré tout le soin avec lequel cette expérience fut faite, on ne put apercevoir tout au plus que des traces douteuses de nitrate d'urée. On fit donc une nouvelle expérience sur le sang d'un autre cholérique, qui ne pouvait pas non plus uriner depuis quelques jours; cette fois-ci on employa deux livres de sang, et ici j'obtins des cristaux de nitrate d'urée qui ne me laissèrent aucun doute sur leur nature.

---

rine. S'il en était ainsi, il ne faudrait certainement plus chercher à prouver la préexistence de l'urée dans le sang; mais la chimie ni la physiologie ne doivent se laisser entraver par de telles hypothèses.

(1) Ann. de Chim. et de phys., t. XXIII, p. 90.

(2) Magendie, Journ. de physiologie, t. II, p. 354.

(3) Poggendorff's Annalen, XXXI, p. 303.

(4) Je ne mets aucun doute que l'on ne puisse conserver beaucoup plus longtemps la vie de l'animal : d'une part, l'opération dans le cas que je cite, ne fut pas faite avec toute l'adresse désirable, car je ne suis pas expert en *vivisection*; d'une autre, la mort fut avancée de beaucoup par la fièvre causée par l'inflammation de la plaie, fièvre qui, violente comme elle l'était, ne tarda pas à épuiser les forces de l'animal.

(1) Muller's Archiv für Physiologie, etc., 1836, S. 136.

(2) Poggendorff's Annalen, Band XXII, S. 161.

(3) Ibid., Band XXXIV, S. 509.

Je suis convaincu que dans la maladie dite de *Bright* (*albuminurie*) on trouverait également de l'urée dans le sang, comme l'ont indiqué plusieurs chimistes et médecins anglais.

On a déjà dit plus haut que l'albumine était le corps qui par sa coagulation empêchait de retrouver l'urée, il fallut donc chercher un moyen à l'aide duquel l'albumine se précipitât sans masquer la réaction de l'urée ; je présumai que le chlore remplirait ce but. Quand on dirige ce gaz à travers un liquide qui renferme de l'albumine, cette dernière se précipite en flocons légers. Mais malheureusement l'urée éprouve alors une décomposition, et donne de l'azote, du carbonate et du chlorhydrate d'ammoniaque.

### § III. *De l'urée dans plusieurs autres liquides pathologiques du corps humain.*

Les premières expériences d'une exactitude scientifique suffisante ont été faites par M. Nysten, et les résultats qu'il obtint furent annoncés à l'Académie des Sciences de Paris. Ce mémoire, déjà présenté en 1811, resta sans rapport et non publié, jusqu'à ce que les rédacteurs du *Journal de Chimie médicale*, l'ayant rencontré par hasard, en eussent fait un extrait (1). Un an avant que ce travail ne fût connu (1836), j'avais déjà examiné le liquide d'une femme hydropique qui souffrait d'une ascite, et qui avait presque une rétention d'urine ; j'y avais trouvé 0,42 pour cent d'urée (2), et en même temps une quantité notable d'albumine : dans deux autres occasions, où je fis quelques expériences, je trouvai également de l'urée, mais toujours accompagnée d'albumine ; cependant une quatrième fois j'appliquai inutilement tous mes soins pour démontrer, dans un liquide de cette nature, de l'urée : nécessairement elle était masquée par la grande quantité d'albumine.

Nysten a également analysé des liquides d'hydropiques (3), et non-seulement il y a trouvé de l'urée, mais encore de l'acide urique ; j'ai également recherché ce dernier, mes recherches à ce sujet ont été infructueuses : cependant, je dois l'avouer, je ne m'en suis occupé qu'une seule fois. Nysten prouva l'existence de l'urée non-seulement dans les liquides des hydropiques, mais encore dans les liquides vomis, quand il existait une ischurie complète (4). De pareils cas sont rares, et je ne pus trouver l'occasion de répéter l'observation de Nysten, qui du reste paraît très-vraisemblable, car l'expérience faite par la mortification des reins d'un mouton me fournit un résultat analogue. Nous pouvions nous attendre, dans le choléra, où la sécrétion d'urée est supprimée, à la rencontrer dans les matières fécales ou les liquides vomis ; cependant les expériences de MM. Wittstock et Hermann (5) ne confirment pas ce fait.

(1) Journal de Chimie médicale, juin 1837, p. 257.

(2) Poggendorff's Annalen, Band XXXVIII, p. 357, et Muller's Archiv. 1837.

(3) Il fut aidé dans son analyse par M. Barruel le père.

(4) Recherches de Chimie et de physiologie pathologiques, Paris, 1811. p. 263-293.

(5) Mémoires déjà cités.

A la vérité, Wittstock dit avoir trouvé des traces d'acide urique dans la matière provenant des intestins ; cependant on ne sait pas si l'on peut ajouter une très-grande foi à cette assertion.

Si M. Hermann veut conclure de là que, dans le choléra, il ne se forme pas d'urée, cette conclusion me semble être beaucoup trop hasardée. Je puis dire aussi bien que la quantité de liquide séparée est tellement considérable, et celle de l'urée tellement faible, que cette dernière y disparaît. J'ai assez de confiance dans les expériences de M. Hermann pour croire à leur exactitude et me laisser entraîner, plutôt que d'aller répéter cette expérience rebutante, et quoique le retour du choléra à Berlin m'ait fourni les meilleures occasions à ce sujet, je n'osai pas la tenter et m'exposer au danger d'attraper cette maladie. Avant que l'urée ne fût découverte, et avant qu'on eût appris à la découvrir en petites quantités, on avait déjà nombre de fois observé que, dans des rétentions d'urine ou des maladies analogues, il se manifeste des sueurs urineuses qui se trahissent par leur forte odeur (1).

Quoique toute sueur possède une odeur un peu ammoniacale sans qu'on puisse tout de suite admettre que ce soit l'urée qui l'occasionne, cependant nul doute que la peau, qui dans l'ictère sépare des corps qui ne sont pas du domaine de sa sécrétion normale, n'enlève cette urée qui est ici en excès.

A la vérité, dans beaucoup de cas, l'urine de la vessie qui en est pleine est ramenée par l'exosmose dans la circulation, et ces cas n'ont aucun rapport avec les précédents, car ils reposent sur un phénomène tout à fait accidentel, qui n'a aucune analogie avec la sécrétion de l'urine ; mais il existe également des cas où, sans aucun doute, des sueurs urineuses semblables apparaissent, pendant qu'il ne se sépare pas du tout d'urine.

Mais nous devons dire que nous sommes dans une ignorance complète sur la nature de la sueur dans l'état physiologique, comme en général sur l'évaporation de la peau, quoique la théorie exacte de cette fonction soit d'une haute importance, tant sous le rapport physiologique que sous le rapport médical.

### § IV. *Présence du sucre dans le sang, chez les diabétiques.*

Dans le diabète sucré, presque inguérissable, l'urée, selon l'indication de plusieurs chimistes, disparaît et se trouve remplacé par du sucre de raisin, quoique, d'après les recherches de M. Barruel l'aîné, elle ne disparaisse jamais entièrement.

De nouvelles expériences sont donc nécessaires pour confirmer l'une ou l'autre opinion. Nous sommes aujourd'hui forcés d'admettre que l'urée se trouve entièrement remplacée par le sucre diabétique. Comme la question de savoir si le sucre préexiste dans le sang, devenue de même nature que celle qui est relative à l'urée, n'est pas résolue, je me borne alors à réunir ici les faits connus, quoique je n'aie pas eu l'occasion de faire d'expériences sur ce sujet.

(1) Nysten rapporte un grand nombre de cas de ce genre dont la liste pourrait facilement être encore augmentée.

MM. Dobson et Rollo ont les premiers prétendu avoir découvert du sucre dans le sang, mais les opinions de MM. Nicolas et Gueudeuville (1) sont contraires à ce résultat. Vauquelin et Ségalas (2) ne réussirent pas davantage à trouver du sucre dans le sang, quoique ce sang fût tiré d'une femme dont l'urine en contenait 15 pour cent. M. Wollaston au contraire dit avoir découvert dans le sérum du sang 1/30 de sucre.

Les autres indications sur cet objet sont tellement incertaines et vagues, qu'on peut facilement les passer sous silence, excepté peut-être deux observations qui ont été reproduites dans ces derniers temps, et qui méritent d'être examinées : l'une est d'Ambrosiani (3) qui examina le sang et l'urine d'un diabétique guéri plus tard au moyen de la créosote par le professeur Carreliani. Il fit coaguler le sang par la chaleur, précipita le liquide filtré par l'acétate de plomb, sépara l'excès de plomb au moyen de l'hydrogène sulfuré, fit bouillir le liquide rouge foncé et filtra après l'avoir étendu d'eau ; le sirop ainsi obtenu fut évaporé, et l'on obtint des cristaux de sucre qui, au moyen de la levure de bière, entrèrent en fermentation ; d'une partie de sang veineux il obtint 9 grains de sucre en cristaux.

M. Maitland publia une observation analogue, sur le sang d'un diabétique, qui rendait, par jour, 1 livre 1/2 de sucre; 8 onces de sang donnèrent 5 onces de sérum laiteux : M. Maitland en retira du sucre, dont les propriétés se rapprochèrent tellement du sucre diabétique, qu'on n'eut aucun doute sur leur identité. On tira le sang du malade, quand la quantité de sucre commença à diminuer dans l'urine.

Il est inutile de dire avec quelle exactitude ces faits concordent avec ceux que nous avons exposés ci-dessus, c'est-à-dire à la présence de l'urée dans le sang, et il serait superflu de nous y arrêter plus longtemps. Je ferai seulement remarquer que dans le diabète, le sucre prenant la place de l'urée, tout ce que nous avons dit de ce dernier principe doit s'appliquer à ce sucre.

Pour les mêmes causes il faut des circonstances toutes particulières, pour que ce dernier corps soit retenu dans le sang et que sa proportion y soit suffisante pour qu'on puisse l'y reconnaître, de même que cela se présente pour l'urée. Chez le diabétique il faut donc quelque chose de particulier, et nous devons le faire remarquer, pour que, malgré la quantité si considérable de sucre sécrété par les reins, il s'en trouve en quantité notable dans le sang. Dans le cas cité par M. Maitland le sucre diminua dans l'urine, et voilà peut-être la cause pour laquelle il augmenta dans le sang.

Les connaissances que nous possédons en chimie animale ne sont solidement arrêtées qu'en si petit nombre qu'à chaque pas que nous y faisons, nous devons nous demander si nous ne nous engageons pas dans une fausse voie ; cependant la pathologie doit venir en aide à la chimie pour lui permettre de résoudre tous les phénomènes de dissolution qu'offre l'organisme malade ; elle doit la protéger dans sa route et ne pas la conduire à de nouvelles hypothèses ; néanmoins, je ne puis m'empêcher, en passant, de dire mon opinion sur les rapports qu'ont entre eux les deux sortes de diabète, sucré et non sucré. Le point principal de ressemblance qui nous frappe dans ces deux maladies, c'est la sécrétion énorme d'urine qui a lieu. Dans les deux cas nous retrouvons de l'urée. Le signe le plus distinctif, c'est que, dans un cas, il existe du sucre dans l'urine, et que dans l'autre nous n'en trouvons pas. Jusqu'à présent le sang du diabétique non sucré n'a pas été soumis à l'expérience.

Il se pourrait fort bien que dans celui-ci la quantité de sucre sécrété dans le diabète sucré se trouve retenue, soit à l'état de sucre, soit à celle d'urée, et que la différence des deux maladies soit due à la sécrétion ou à la non-sécrétion de ces corps. Pour décider la question, des expériences chimiques rigoureuses sont nécessaires : à la vérité, il se présente rarement une occasion favorable pour ce genre de recherches, mais malheureusement la plupart du temps on les néglige.

### § V. *Observation générale sur la sécrétion dans les organes glanduleux.*

S'il est permis de tirer une conclusion des faits avancés précédemment sur la sécrétion dans les organes glanduleux, les résultats suivants semblent devoir être admis.

Chez les animaux nous connaissons un grand nombre d'organes sécréteurs, parmi lesquels les organes glanduleux jouent le rôle principal. Ce n'est que pour un très-petit nombre que la zoochimie peut nous venir en aide et sanctionner les théories que l'on peut faire sur leur action : la plupart se dérobent à nos observations, en séparant des corps, dont les caractères chimiques sont si peu connus et si peu tranchés, que leur étude est environnée des plus grandes difficultés. Les organes qui offrent les combinaisons les plus favorables sont les reins et le foie. Les principes constituants de l'urine peuvent être obtenus, même en petites quantités, quand ils sont mélangés à d'autres liquides ; c'est pourquoi nous pouvons les retrouver dans le sang, quand la sécrétion ne s'en fait pas ; c'est pourquoi nous les rencontrons dans d'autres sécrétions morbides dont une partie s'accumule dans le corps humain, et dont une autre est excrétée par d'autres voies, quand il existe des maladies des reins et de tout le système urinaire. C'est ainsi que nous trouvons dans le sang des corps qui remplacent l'urée, le sucre même quand il est sécrété ; lorsque ce dernier corps s'y forme en quantité extraordinaire, il en résulte une circonstance qui produit l'amaigrissement des personnes affectées du diabète. Nous remarquons une action analogue dans les sécrétions du foie. Je ne cite point ici des expériences qui me soient propres ; cependant celles qui ont été faites par Tiedemann, Gmelin et d'autres savants, me permettent de croire qu'il n'existe plus aucun doute à ce sujet. Ici nous voyons également apparaître les parties constituantes de la bile dans le sang, quand sa sécré-

(1) Gehler's Journal, Band I, S. 343.
(2) Journal de Chimie médicale, I. pag. I. Schweiggers, t. 43, p. 270.
(3) Omodei annal. univers. 1831, apprile et maggio.

tion ne s'effectue plus ou que le foie ne remplit plus ses fonctions par suite de maladie, par exemple par induration, ou que le passage de la bile ne peut avoir lieu. La matière colorante de la bile, dont l'action sur l'acide nitrique est si remarquable, et qui peut être, en vertu de cette propriété, très-facilement reconnue, apparaît alors bientôt dans le sérum du sang.

La présence de cette sécrétion est, comme on le sait, très-fréquente, soit dans l'urine, soit même dans d'autres parties du corps, et constitue alors l'ictère.

Mais une autre partie constituante de la bile se présente bien plus souvent dans le sang, sans que l'état de l'organisme éprouve un changement morbide. Il résulte des expériences de Lecanu sur le sang, que l'on y rencontre une matière grasse, approchant beaucoup de la cholestérine (1). M. le docteur Denis prétend avoir réellement isolé cette graisse, qui possède la plus grande analogie avec la bile (2).

On ne peut pourtant admettre que l'urine ou la bile viennent toutes formées dans le sang, car ces deux corps ne sont nullement des combinaisons chimiques; mais il ne paraît exister aucun doute sur ce fait que les parties constituantes de ces deux liquides se trouvent déjà renfermées dans le sang, et qu'ils ne se sécrètent que dans le foie et les reins.

Si cela n'était pas, il faudrait, dans le cas où les reins et le foie ne seraient pas en état de fonctionner, que d'autres organes se chargeassent de les remplacer et vinssent jouer le rôle des reins et du foie (3).

Il serait difficile de désigner, dans les animaux, un organe qui pût remplir de semblables fonctions; cependant il faudrait admettre que cela ne peut se faire que par un organe glanduleux particulier; mais alors il serait difficile de concevoir comment ces organes posséderaient à la fois la faculté de former de l'urine et de la bile, et, si cela était, pourquoi les fonctions ne se continueraient pas toujours ainsi, lors même que les reins et le foie sont en activité. Les expériences que nous venons d'indiquer prouvent que la faculté de sécréter l'urine est dépendante d'une influence appartenant aux reins : ou il faudrait qu'après la mortification des nerfs des reins la sécrétion cessât, ou bien nous serions forcés d'admettre qu'un autre nerf serait susceptible de fonctionner à la place de ceux qui sont mortifiés ; mais si nous nous permettons une fois une semblable opinion, nous donnerons un champ libre aux hypothèses qui pourront dépasser toutes les limites, dès que nous ne pourrons pas les détruire par des faits.

(*Journ. für praktische Chemie*, XI, S. 449 et *Repertoire de Chimie scientifique et industrielle*, mars 1838.)

---

(1) *Annales de Chim. et de physique*, XXXXVII, p. 308.

(2) *Journal de pharmacie*, 1831, p. 522.

(3) Il faut ici mettre de côté les hémorrhagies qui remplacent quelquefois les menstruations, car c'est un cas très-différent : dans cette dernière circonstance, l'émission du sang est faite par des organes auxquels une sécrétion de sang n'est pas étrangère; d'ailleurs le sang ne se forme pas d'abord dans un autre organe propre, et il n'est excrété par une autre partie que parce que sa masse devient trop considérable dans le corps.

## *Quelques observations pour servir à l'histoire de l'inflammation de la veine ombilicale;*

Par A. Duplay, médecin du bureau central.

La phlébite du cordon ombilical n'a pas encore fixé d'une manière spéciale l'attention des observateurs. Elle a bien été signalée par Osiander, Meckel et Sasse; mais les observations de cette espèce de phlébite ont été jusqu'ici tellement rares, qu'il a été impossible de l'étudier avec un peu de soin. Comme plusieurs faits de cette nature sont parvenus à notre connaissance, nous avons essayé de les rapprocher afin de faire ressortir les circonstances les plus intéressantes que présentent ces observations.

Espérons que l'attention étant rappelée sur ce sujet de recherches, que les lacunes qu'il présente encore étant signalées, les faits de cette nature se multiplieront et pourront servir à compléter l'histoire de cette espèce de phlébite.

La plupart des observations que nous allons rapporter ont été recueillies à l'hospice des Enfants-Trouvés dans le service de M. Baron. La première a été recueillie par M. Cogny, ancien interne de cet hôpital.

Obs. I. *Mort le cinquième jour de la naissance. Petites ulcérations de l'intestin grêle; inflammation de la veine ombilicale.*

Le nommé Lemercier, garçon, âgé de cinq jours, reçu à l'infirmerie le 4 juillet, immatriculé n° 2697, berceau n° 32, est mort le jour même de son entrée, avant d'avoir été observé. La sœur de la salle rapporte qu'il n'a point offert de symptômes particuliers, et qu'on l'a trouvé mort dans son berceau, lorsqu'on allait le lever pour lui faire prendre quelques gouttes de liquide.

Je ne ferai par conséquent que rapporter le résultat de son autopsie qui m'a paru assez intéressante.

L'ouverture du corps a été faite 30 heures après le décès. Cadavre de dix-huit pouces un quart; embonpoint médiocre; couleur rosée de la peau; la ligature du cordon ombilical n'est pas tombée; la poitrine est sonore de chaque côté. *Bouche.* Il existe une petite ulcération sur le frein de la langue : pharynx et œsophage sains; estomac fortement contracté, n'ayant que le volume d'un petit intestin; la membrane muqueuse, ridée et plissée en divers sens, se dédouble par l'extension et paraît saine.

*Intestin grêle*, pelotonné sur lui-même et ramassé en paquet par la rétraction du mésentère. Vers la fin de l'iléon, son diamètre est tellement rétréci qu'il égale à peine celui d'une plume à écrire. Les vaisseaux sous-péritonéaux forment à sa surface un réseau très-coloré. Vue à l'intérieur, la membrane muqueuse est extrêmement rouge; elle offre plusieurs petites plaques ecchymosées et trois ulcérations; deux à la fin de l'iléon, l'autre sous la valvule iléo-cœcale. Celle-ci est de la largeur d'une lentille, ses bords sont coupés net, et son fond a une teinte jaunâtre. Plusieurs petits vaisseaux dirigés en pinceau convergent vers elle. Une large pla-

que livide occupe toute la muqueuse du cœcum. Le colon est contracté, sain d'ailleurs. Longueur totale du tube digestif : onze pieds trois quarts. Ganglions mésentériques rouges ; d'autant plus qu'ils correspondent à une portion d'intestin plus enflammée ; ils ne sont pas gonflés. Foie et autres organes, état naturel.

*Poumons* mous, flasques, ayant l'aspect de la rate. Cependant ils crépitent, mais moins que dans l'état naturel, ils surnagent aussi. Rien dans les plèvres.

*Cœur*. Son oreillette droite est distendue par du sang coagulé ; trou de Botal et canal artériel largement ouverts ; vaisseaux ombilicaux non oblitérés ; la veine ombilicale renferme du pus dans sa cavité, depuis l'ombilic jusqu'à son entrée dans le foie. Ce pus blanc, opaque, phlegmoneux, inodore, est évidemment le produit de l'inflammation. Les parois de la veine ont une teinte rosée, et n'offrent pas d'autre altération.

*Crâne*. Infiltration sanguine des téguments à la partie postérieure du crâne. Les vaisseaux qui rampent à la surface du cerveau sont gorgés de sang ; substance cérébrale saine. Rien dans les ventricules.

Nous devons l'observation suivante à l'obligeance de M. Cazalis, ancien interne à l'hospice des Enfants-Trouvés, qui a bien voulu nous permettre de l'extraire d'un mémoire fort intéressant sur les suppurations que présentent le tissu cellulaire et les articulations chez les nouveau-nés.

Obs. II. *Couche de mucus purulent dans les conduits auditifs ; infiltration séro-purulente du tissu cellulaire sous-arachnoïdien ; pseudo-membranes sur les deux plèvres ; phlébite de la veine ombilicale ; pus dans les deux artères ombilicales.*

Je fis au mois d'août l'autopsie d'un enfant, mort dans les salles de chirurgie, et dont je n'avais pas observé les symptômes morbides pendant la vie.

Le canal auditif des deux côtés était rouge et couvert d'une couche de mucus purulent.

Les fosses nasales, la conjonctive, présentaient aussi des traces d'inflammation.

Articulations saines.

La veine ombilicale, jusqu'à son entrée dans le sillon du foie, était pleine de pus ; ses parois étaient légèrement épaissies. Les deux artères ombilicales étaient aussi pleines de pus jaunâtre, épais, jusqu'à un pouce de l'ombilic.

Les vaisseaux de la pie-mère étaient médiocrement injectés. Mais le long de leur trajet et sur les circonvolutions, étaient de longues traînées de pus. A la base du cerveau, le tissu cellulaire sous-arachnoïdien était infiltré d'une grande quantité de sérosité purulente, surtout vers la scissure de Sylvius, et autour du cervelet qui est véritablement entouré par une couche de pus.

Les ventricules latéraux contiennent une notable quantité de sérosité rougeâtre et purulente.

Cerveau pâle, flasque, généralement ramolli, surtout dans les parties centrales.

Les deux plèvres sont tapissées à leur face interne par des pellicules pseudo-membraneuses jaunes et de nouvelle formation.

Les deux poumons sont sains, celluleux, mais ils contiennent peu d'air.

Péricarde sain.

Cœur sain.

Le foie était de couleur brun foncé, flasque et très-friable.

L'intestin grêle offrait à sa face interne beaucoup de plaques de Peyer longues, saillantes, rouges et ramollies ; le reste de la membrane muqueuse était pâle, exsangue, et diminué d'épaisseur.

La face interne du gros intestin était criblée de petits follicules blancs.

Ces deux premiers faits ne peuvent servir qu'à constater l'existence de la phlébite des veines ombilicales, signalée déjà par Meckel et par Osiander ; car pour ce qui est de la symptomatologie, ils ne peuvent rien fournir puisque les enfants n'ont pas été observés de leur vivant. Dans le dernier fait, du pus existait en même temps dans les artères ombilicales, et nous retrouverons encore cette lésion dans une autre observation. Nous nous contenterons seulement de rappeler aussi la suppuration des conduits auditifs, l'infiltration séro-purulente du tissu cellulaire sous-arachnoïdien et les pseudo-membranes qui couvraient la plèvre chez le second malade.

Sasse a exposé trois faits de cette nature dans sa dissertation. Deux sont empruntés à Meckel et le troisième à Osiander. Ces observations ont été du reste reproduites dans les notes intéressantes dont M. Breschet a enrichi la traduction de l'ouvrage d'Hogdson ; et, comme les faits de cette nature ne sont pas encore nombreux dans la science, nous allons les reproduire ici.

Obs. III. *Vomissements, météorisme du ventre, ictère ; mort le dixième jour de la naissance ; traces de péritonite ; épaississement de la veine porte et de la veine ombilicale ; fausses membranes à leur intérieur.*

Un enfant succomba au dixième jour de sa naissance, ayant éprouvé depuis le quatrième jour des vomissements et des coliques avec diarrhée, borborygmes, météorisme du ventre et douleurs continuelles dans cette cavité. Un ictère différent de celui qui survient à cette époque de la naissance avait coloré la peau en jaune très-foncé. Sur la fin, des symptômes nerveux s'étaient manifestés. A l'ouverture du cadavre on trouva le péritoine enflammé, recouvert de fausses membranes, surtout aux environs du foie, et un épanchement de matière puriforme dans la cavité abdominale. *Les branches de la veine-porte ventrale, et en particulier le tronc de la veine ombilicale présentaient une turgescence considérable, dépendante non du sang que pouvaient contenir ces vaisseaux, mais de l'épaississement de leurs parois. Le tronc de la veine ombilicale avait en effet une ligne d'épaisseur, et ses premières branches dans le foie deux lignes et plus. Une fausse membrane très-adhérente tapissait intérieurement tous ces vaisseaux.*

Obs. IV. *Hernie inguinale étranglée; signes de péritonite et ictère ; phlébite de la veine ombilicale et de ses premières divisions dans le foie.*

Un enfant vint au monde avec une hernie inguinale étranglée, suite de la compression de l'abdomen durant l'accouchement qui fut assez laborieux : la hernie ne put être réduite que le troisième jour. Mais il resta une douleur exquise dans le ventre, et du météorisme auxquels vinrent se joindre un ictère, et plus tard des vomissements, quoique les évacuations alvines fussent libres. La mort arriva le septième jour dans un grand état d'amaigrissement. L'ouverture du cadavre fit découvrir toutes les altérations propres à la péritonite aiguë. *La veine ombilicale et ses premières divisions dans le foie offraient les mêmes apparences que dans le cas précédent; les traces d'inflammation y étaient encore plus manifestes, car les parois de ces vaisseaux étaient recouvertes de pus et leur membrane interne ulcérée en divers points.*

Le fait recueilli par Osiander est analogue aux deux précédents, qui appartiennent à Meckel.

Obs. V. Un enfant succomba au troisième jour de sa naissance, à la suite d'un érysipèle, lequel, à partir du prépuce, s'étendit bientôt à toute la surface du corps. Les intestins et le foie étaient enflammés à leur extérieur, recouverts de fausses membranes, et enduits de matière purulente. *La veine ombilicale était, depuis l'ombilic jusqu'au foie, remplie d'un pus jaunâtre.*

Ces observations donnent occasion à Sasse de se demander si la péritonite qui a été observée dans ces trois cas n'est pas une conséquence de l'inflammation de la veine ombilicale ; et la chose paraît évidente pour le premier et le troisième fait, dans lesquels il n'a point existé d'autre cause probable de péritonite. L'ictère dont ces enfants ont été atteints se lie également à l'inflammation de la veine ombilicale et de ses premières divisions dans le foie. Quant à la cause de cette inflammation, Sasse la recherche avec raison dans la blessure faite au cordon ombilical par sa section, dans les frictions qu'on exerce quelquefois sur le cordon pour en extraire le sang qu'il contient, dans la ligature qu'on pratique sur lui, ligature faite souvent avec peu de ménagement et sur un point trop voisin des téguments de l'abdomen. Mais observons cependant combien peu ces causes auront de valeur, si l'on réfléchit au nombre considérable d'enfants soumis à ces mêmes conditions de maladie, sans qu'ils en soient atteints. Il faut donc admettre ici, comme dans la plupart des cas de phlébite, soit à la suite de la saignée, soit à la suite de l'accouchement, une cause qui domine de toute sa hauteur la cause traumatique.

Nous avons encore emprunté à M. Cogny le fait suivant, qui offre plus de détails que les observations rapportées jusqu'à présent. Comme tous ces faits ont été observés sous les yeux de M. Baron, ils doivent inspirer toute confiance.

—

Obs. VI. *Suppuration de la veine ombilicale; gastro-entérite avec inflammation gangréneuse de la lèvre et du bord alvéolaire. Ulcérations à l'estomac.*

Le nommé Roger, garçon, âgé de deux jours, fut reçu à l'infirmerie le 21 avril, immatriculé n° 1693, berceau n° 12.

Examiné le jour de son entrée, cet enfant présentait les symptômes suivants : Ictère, endurcissement du tissu cellulaire de la face, de la région pubienne, des pieds et des mains. Langue rouge sur les bords et à la pointe. Figure calme et sereine, yeux animés ; point de diarrhée. ( *Tilleul édul. Frict. avec eau theriacale. Lait. De la chaleur.*)

25. Gonflement érysipélateux des lèvres et des joues, ophthalmie palpébrale double avec écoulement puriforme jaune. Les paupières sont tuméfiées, fortement serrées l'une contre l'autre. ( *Collyre émollient, fomentations émollientes, pédiluves sinapisés.*)

26. L'érysipèle s'étend sur le nez, les paupières et le front. Amaigrissement. Face pâle, altérée, souillée à chaque instant par le pus qui s'échappe par la commissure des paupières enflammées.

27. Pouls extrêmement petit, insensible. Face plus altérée portant l'empreinte d'un état d'angoisse particulier aux affections abdominales. Langue rouge, lèvres livides, diarrhée de matières vertes. ( *Sinapismes aux membres inférieurs.*)

28. Taches gangréneuses sur le bout du nez, la face interne de la lèvre supérieure et le bord alvéolaire. La lèvre est extrêmement tuméfiée; l'enfant ne laisse plus d'espérance.

29. Disparition subite de l'ophthalmie. Refroidissement des extrémités, agonie.

Mort le même jour à onze heures du matin, après huit jours de séjour à l'infirmerie.

*Autopsie.* Cadavre de dix-huit pouces. La face porte encore l'expression de douleur qu'elle avait pendant la vie. Téguments de la face et du crâne gonflés, infiltrés de sérosité. La tache gangréneuse du bout du nez n'intéresse que la peau.

*Bouche.* Contenant une mucosité filante. La face interne de la lèvre supérieure offre trois plaques noires, ramollies, sanieuses, fétides, ayant tous les caractères d'eschares gangréneuses. Elles n'intéressent que la muqueuse qui présente à leur place, quand on les a enlevées, des ulcérations à bords inégaux. De semblables plaques s'observent sur la membrane muqueuse gingivale qui revêt le bord alvéolaire supérieur. Quelques germes dentaires sont ramollis et réduits en une sorte de bouillie couleur lie de vin. La substance de la lèvre tuméfiée offre un tissu compacte, dur à inciser et très-rouge.

*Estomac* contracté ; membrane muqueuse extrêmement injectée. Elle semble avoir été teinte d'une couleur vermillon. Trois petites ulcérations circulaires de la largeur d'une lentille se rencontrent auprès du pylore ; leurs bords, entourés d'une auréole très-rouge, sont coupés net ; le fond est jaune.

*Intestin grêle.* Rétréci vers le milieu de l'iléon, ou injecté partiellement. Les vaisseaux sous-péritonéaux forment à la surface extérieure un lacis très-coloré. La membrane muqueuse est extrêmement

rouge vers le milieu du jéjunum et la fin de l'iléon : elle est enduite d'une matière blanche de consistance crémeuse. *Cœcum* de couleur rosée. *Colon* sain. *Foie* dans son état naturel; bile cystique épaisse et filante. Rien dans les autres organes.

*Poumons*. Engorgés à la partie postérieure, d'une couleur rosée, bien crépitants. Membrane muqueuse pulmonaire légèrement phlogosée. Un peu de sérosité roussâtre dans le péricarde. Cœur sain, canal artériel très-resserré, mais encore perméable au sang. Trou de Botal fermé.

*Crâne*. OEdème du tissu cellulaire sous-arachnoïdien. Cerveau sans injection. Rien dans les ventricules ; cervelet sain. Membrane muqueuse palpébro-oculaire ne présentant ni boursouflement ni végétations vasculaires, mais lisse, polie, de couleur blanche, seulement traversée par quelques petits vaisseaux injectés. Le globe de l'œil est sain.

*La veine ombilicale renferme tout le long de sa cavité jusque dans l'épaisseur du foie un pus blanc, phlegmoneux, résultat évident d'une inflammation qui se sera sans doute propagée à la veine*, par suite de la ligature du cordon ombilical. Cette ligature est tombée et la cicatrice est parfaite. Les parois de la veine ne sont pas sensiblement plus rouges que celles d'un autre sujet de même âge que j'ai sous les yeux. *Artères ombilicales* presque oblitérées, saines d'ailleurs.

Nous nous contenterons de noter, au milieu des nombreux symptômes qu'a présentés ce jeune enfant, la teinte ictérique déjà observée dans deux faits rapportés par Sasse, et qui nous paraît bien évidemment se lier à l'état inflammatoire de la veine ombilicale. Mais nous pensons que d'autres faits analogues sont nécessaires, avant de nous prononcer sur les autres altérations qui se sont rencontrées en même temps, telles que l'érysipèle, la gangrène et l'induration du tissu cellulaire. Ce serait se hâter beaucoup trop et devancer les faits que de vouloir les rattacher à l'inflammation de la veine ombilicale. Il est bon de ne laisser échapper aucune de ces lésions, mais il faut attendre, pour prononcer sur leur valeur.

Obs. VII. *Ictère avec œdème des membres. Tension du ventre. Ophthalmie. Muguet. Suppuration de la veine ombilicale.*

Le nommé Grignard, garçon, âgé de quatre jours, fut reçu à l'infirmerie le 14 octobre, immatriculé n° 413, berceau n° 29.

Cet enfant entra à l'infirmerie pour un ictère avec œdème des membres, et de plus diarrhée de matières vertes. Ventre un peu tendu. Appareil respiratoire naturel. (*Riz, sirop de gomme, lavement émollient, cataplasme, lait.*)

Au bout de quelques jours la diarrhée diminua, mais il survint une ophthalmie palpébrale. (*Collyre émollient, pédiluve.*)

20. L'ophthalmie avait disparu, mais le petit malade avait la face altérée, poussait de loin en loin de petits cris plaintifs; la langue et les lèvres étaient d'un rouge bleuâtre, la peau du corps brûlante. Le 21, on vit paraître du muguet sur les lèvres et la surface de la bouche : on continua le même traitement, en y joignant un gargarisme émollient.

Cet enfant est mort le 22 dans la nuit, après huit jours passés à l'infirmerie.

*Autopsie*. Cadavre dans un état de marasme, remarquable à la face et aux membres inférieurs. La ligature du cordon ombilical n'est point encore tombée.

*Bouche*. Un peu de muguet dans sa cavité ; la muqueuse est rouge dans les intervalles. Les papilles de la base de la langue sont saillantes. *OEsophage*. Il n'existe pas de muguet dans son intérieur. La membrane interne est saine.

*Estomac*. Sans altération. *Intestin grêle* offrant une suite de dilatations et de rétrécissements. Les vaisseaux sous-péritonéaux se dessinent à sa surface et figurent des arbres. Vu à l'intérieur, il contient dans sa partie supérieure un liquide séreux jaunâtre. Les valvules conniventes sont effacées. Vers les 2/3 inférieurs, la membrane muqueuse est rouge, offre des plaques noirâtres et est enduite d'un liquide couleur lie de vin. Le cœcum dilaté est aussi très-rouge. Le colon, rétréci dans sa portion transversale, teint par la bile dans la partie qui se trouve sous la vésicule, est sain dans sa membrane interne. Ganglions mésentériques rouges et un peu tuméfiés. *Foie* ordinaire; autres organes dans l'état normal.

*Poumons*. Engoués de sang. La crépitation y est moindre que dans l'état naturel; coupés par parties ou plongés en entier, ils surnagent. Membrane muqueuse trachéale et pulmonaire de couleur rosée. On trouve à la partie inférieure du médiastin antérieur un pus blanc, inodore, de nature phlegmoneuse. Le pus, dont la source est au-devant du sternum, a pénétré dans la poitrine entre les cartilages des côtes par un trajet sinueux, le long duquel on le trouve épanché. Du reste, le sternum et les cartilages de prolongement sont sains, aussi bien que le péricarde, au-devant de la partie inférieure duquel la matière purulente se trouve répandue en assez grande quantité.

*Cœur*. État naturel. Trou de Botal fermé; canal artériel encore perméable au sang du côte de l'aorte.

On trouve dans la veine ombilicale un pus blanc, phlegmoneux, qui remplit sa cavité jusqu'à l'endroit où elle pénètre dans le foie. Les parois de la veine sont rougeâtres. Les artères ombilicales sont oblitérées. (M. Cogny, obs. 85e.)

L'auteur attribue l'abcès du médiastin à un coup que l'enfant aurait reçu à la région sternale. Quant au pus qui existe dans la veine ombilicale, je ne vois pas ici, comme dans les autres cas, d'autre cause de sa présence que l'inflammation développée par la ligature du cordon. Nous ne saurions adopter son opinion, quant à l'abcès du médiastin, qui nous paraît bien plutôt dépendre de la phlébite ombilicale. Nous allons, dans le fait suivant, que nous devons à l'obligeance de M. le docteur Cazalis, voir la même altération jointe à la suppuration de plusieurs articulations.

—

Obs. VIII. *Symptômes de péritonite; érysipèle des parois abdominales; mort le quatorzième jour de la naissance; pus dans l'articulation coxo-fémorale gauche, l'articulation huméro-cubitale droite; à la face antérieure du carpe, sur le cou-de-pied. Phlébite de la veine ombilicale.*

Boulanger (Charles), du sexe masculin, âgé de douze jours, entré le 6 octobre à l'infirmerie, mort le 8.

Lors de son entrée, il présente les symptômes suivants : vomissements de mucosités mêlées de matières jaunes. Rougeur de la membrane muqueuse de la bouche. Tension de l'abdomen, diarrhée, chaleur intense de la peau. (Une sangsue à chaque aine.)

7 octobre. Les sangsues appliquées la veille ont donné beaucoup de sang. Cependant l'enfant n'est pas pâle, ne paraît pas affaibli. Les symptômes sont devenus plus graves. Cris, agitation vive, vomissements continuels, diarrhée. Tension très-grande des parois abdominales. En quelques points, plaques érythémateuses des téguments de ces parois. Chaleur intense de la peau. (Gomme, lavements émollients, onctions mercurielles sur les parties érythémateuses.)

8 octobre. L'érysipèle a gagné toute l'étendue des téguments des parois abdominales. Tension très-forte, pâleur, altération des traits de la face. Vomissements. Mort à trois heures du matin.

*Autopsie*, le 9 à huit heures du matin. Teinte rouge générale des téguments. Forte tension des parois abdominales. Excoriation aux plis des aines.

Le scrotum très-tendu est infiltré par une énorme quantité de sérosité gélatineuse. L'épiderme des parties enflammées pendant la vie forme de larges phlyctènes, et s'enlève avec la plus grande facilité.

L'extrémité des membres inférieurs a son tissu cellulaire infiltré par de la sérosité incolore.

L'articulation coxo-fémorale gauche contient une grande quantité de pus épais, jaunâtre, sans odeur. Les cartilages sont légèrement colorés en jaune, sans autre altération. La synoviale, les parties circonvoisines, ne présentent rien d'anormal.

L'articulation huméro-cubitale droite est pleine de pus semblable; les cartilages et les autres parties articulaires ne sont pas plus altérés que dans la précédente articulation.

Les autres articulations sont saines.

La gaîne carpienne antérieure sous les tendons fléchisseurs est pleine de pus sans que la synoviale qui la tapisse paraisse aucunement altérée.

Sur la face antérieure du pied, entre les téguments et les parties molles sous-jacentes, sans aucune communication avec les articulations, existe un foyer de pus qui en occupe toute l'étendue.

La pie-mère a ses vaisseaux vivement injectés; ce qui communique aux méninges une vive coloration rouge. A la base, le tissu cellulaire sous-arachnoïdien est infiltré de sérosité incolore.

*Cerveau*. La substance est molle, pâle, très-peu piquetée.

*Cervelet* flasque, un peu plus injecté. Les sinus de la dure-mère sont remplis de sang.

L'isthme du gosier, les piliers du voile du palais, le pharynx, les amygdales, sont le siége d'une très-vive rougeur; l'œsophage présente une teinte fortement violacée de la membrane interne.

Toutes les veines du cou gorgées de sang noir et fluide ont communiqué, par transsudation, une teinte brune noirâtre à toutes les parties circonvoisines. Du reste, elles ne sont pas autrement altérées. Il en est de même des veines des parois thoraciques.

Plèvres saines, seulement elles sont teintes en rouge. Les deux poumons sont rouges, flasques, contiennent peu d'air, sans infiltration, sans friabilité, sans hépatisation.

*Péricarde*. Sa cavité est remplie par une grande quantité de liquide sanglant.

*Cœur*. Ses parois et ses cavités sont saines, mais remplies par une grande quantité de sang noir et liquide.

*Estomac*. Ses parois sont distendues, mais flasques. La face interne est le siége d'une teinte rouge uniforme.

*Intestins grêles*. Remplis par des matières jaunes qui colorent la membrane interne dans sa partie supérieure, mais sans autre altération. Dans l'iléon, elle est pâle, transparente, ramollie.

*Gros intestins*. La membrane interne est pâle, molle; mais on distingue à leur blancheur plus mate une grande quantité de follicules gros comme des grains de millet.

*Péritoine*. Sa cavité contient un demi-verre de liquide rougeâtre épais, mêlé d'un nombre considérable de pseudo-membranes larges ou réduites en grumeaux. Les divers replis du péritoine sont infiltrés de fluide épais, jaunâtre. Le tissu cellulaire sous-séreux est par places vivement arborisé.

Le foie dans toute sa surface externe est recouvert par une fausse membrane jaunâtre, épaisse de près d'une ligne. Cette couche s'enlève facilement, et laisse voir le tissu de l'organe flasque et jaunâtre. Ses vaisseaux contiennent peu de sang. La vésicule est médiocrement remplie par un fluide jaunâtre albumineux.

La rate est très-volumineuse, épaisse, friable, mais dure, carnifiée.

Les reins sont flasques; la substance corticale est ecchymosée.

La vessie est remplie par une énorme quantité d'urine. Sa face interne est d'un blanc mat.

L'artère ombilicale droite, depuis l'ombilic jusqu'à quelques lignes de la vessie, est remplie de pus épais et jaunâtre; ses parois sont un peu épaissies.

La *veine ombilicale*, depuis l'ombilic jusqu'à son entrée dans le foie, a ses parois épaisses de près d'une ligne, dures. Sa face interne est tapissée par une couche de pus concret, jaunâtre. La cicatrice ombilicale forme un petit foyer purulent (*Observation communiquée par M. Cazalis, et recueillie à l'hospice des Enfants-Trouvés*).

Nous n'avons pas la prétention de vouloir faire, à l'aide d'un aussi petit nombre de faits, une histoire complète de la phlébite du cordon ombilical. Mais nous allons chercher à mettre en relief toutes les circonstances que présentent les observations, parvenues jusqu'ici à notre connaissance, et que nous venons de rapporter; ce sera indiquer aux observateurs, qui voudraient fixer leur attention sur ce point de pathologie encore peu exploré, les circonstances

qu'ils devront surtout rechercher avec soin ; ce sera aussi le moyen de faire ressortir et regretter les détails qui manquent, afin que ces mêmes lacunes ne se trouvent pas reproduites dans les faits qui pourront être recueillis plus tard.

Les enfants qui ont présenté des altérations caractéristiques de la phlébite de la veine ombilicale, ont été pris d'accidents peu de temps après leur naissance, ou dans un espace de temps qui varia depuis le deuxième jour jusqu'au douzième. Dans le plus grand nombre des cas, cinq fois sur six, les symptômes morbides se sont montrés du deuxième au quatrième jour.

Les symptômes observés ont été la rougeur de la langue, de la membrane muqueuse de la bouche, qui, dans un cas, se couvrit de muguet, des vomissements, une diarrhée abondante (quatre fois sur six), des coliques, le météorisme et la tension du ventre, accompagnés de borborygmes. La teinte ictérique a été aussi un phénomène assez fréquent (quatre fois sur six).

Trois fois la peau fut le siége d'un érysipèle ; une fois ce dernier commença par le prépuce, pour envahir successivement tout le reste du corps ; une autre fois il attaqua les joues et les lèvres, où il se termina par gangrène. Enfin, dans le troisième cas, il resta borné aux parois abdominales. Chez un de ces enfants, on observa un endurcissement du tissu cellulaire qui occupa la face, le pubis, les mains et les pieds. Deux fois aussi, pendant les derniers temps de la vie, on observa une ophthalmie puriforme, dont la disparition subite, dans l'un des deux cas, précéda la mort de peu de temps.

L'époque de la mort, dans ces cas, a varié du troisième au quatorzième jour de la naissance ; quatre fois elle est survenue pendant la première semaine et trois fois pendant la seconde.

Quant aux lésions trouvées à l'ouverture des corps, elles ont été observées ainsi qu'il suit :

La veine ombilicale, dans tous ces cas, portait des traces évidentes d'inflammation, depuis l'ombilic jusqu'à son entrée dans le foie. Dans l'un de ces cas (obs. III) la veine porte ventrale participait à la même affection ; dans un autre (ob. VI) les premières divisions de la veine qui pénètrent dans le foie étaient dans le même état, et enfin (obs. VII) l'altération s'arrêtait à l'endroit où la veine ombilicale pénètre dans le foie.

Les parois de la veine étaient généralement épaissies, et dans un cas (obs. III) elles avaient plus d'une ligne d'épaisseur. Cette veine était tapisée de fausses membranes ; elle contenait un pus blanc, homogène et phlegmoneux, et une fois, sa face interne était comme ulcérée. Dans un cas, il existait un petit foyer purulent à la place de la cicatrice ombilicale ; d'autres fois, la cicatrisation de la plaie résultant de la chute du cordon était complète, et deux fois la ligature du cordon n'était pas encore tombée. Deux fois aussi les artères ombilicales contenaient du pus dans leur cavité.

Arrêtons-nous un instant sur une de ces lésions, l'épaississement des parois veineuses, qui est bien évidemment, dans tous ces cas, une lésion produite par l'inflammation. Cet épaississement, en effet, n'est pas du tout lié au travail naturel de l'oblitération des veines ombilicales : les artères de ce nom, comme on le savait, et comme Billard l'a confirmé dans ses recherches, ne deviennent imperméables au sang que par suite d'un épaississement de leurs parois, qui finit par faire disparaître complétement la cavité de ces vaisseaux ; mais il n'en est pas de même des veines. Dès l'instant où le cordon ombilical a été coupé, la veine de ce nom n'est plus susceptible de recevoir du sang, à moins que ce ne soit par une sorte de régurgitation de la veine cave inférieure. Alors ses parois s'affaissent et se rapprochent ; elles deviennent contiguës, et le calibre de la veine finit par s'oblitérer, ainsi que cela s'observe pour tous les conduits de quelque nature qu'ils soient, aussitôt qu'ils ne sont plus traversés par le liquide. L'épaississement des parois de la veine ombilicale est donc une des lésions caractéristiques de son inflammation.

Les altérations concomitantes de celles de la veine ombilicale ont été la péritonite, caractérisée par de fausses membranes et un épanchement séro-purulent, et ces lésions se sont présentées quatre fois. Mais dans un de ces faits, le petit malade avait une hernie étranglée, qui fut réduite, il est vrai, mais qui fut très-probablement la véritable cause de la péritonite.

Le foie n'a pas présenté une seule fois, dans l'épaisseur de son tissu, de ces abcès si fréquents à la suite des phlébites ordinaires. Il était entièrement naturel (obs. I, VI, VII), flasque et jaunâtre (obs. II, VIII), friable et brun foncé (obs. II). Deux fois (obs. III, VIII) il était recouvert de fausses membranes.

Les poumons n'ont offert que de l'engouement dans plusieurs cas ; dans aucun ils n'ont offert de foyers purulents. Une fois seulement on rencontra des pseudo-membranes sur la plèvre, et une fois aussi leur tissu était mou, flasque et se rapprochait, quant à ses apparences, du tissu de la rate.

Ce dernier organe n'avait subi aucune altération, et une fois seulement on trouva une ecchymose de la substance corticale du rein. Nous croyons que ce serait aller bien loin que de vouloir voir dans cette lésion cet état de congestion sanguine qui précède la suppuration des organes intérieurs.

Une fois seulement l'on a noté de la suppuration autour et le long du trajet des vaisseaux de la pie-mère, une infiltration séro-purulente à la base du cerveau, et une véritable couche de pus autour du cervelet.

Dans une seule observation l'on a noté des suppurations articulaires. Dans deux cas des suppurations ont été vues dans le tissu cellulaire : une fois derrière le sternum, la suppuration ayant fusé derrière cet os et étant venue former une collection dans le médiastin antérieur ; une autre fois, sur la face antérieure du pied, où se rencontra un foyer purulent.

Les conclusions que l'on peut tirer de quelques observations sont peu nombreuses, il faut l'avouer ; cependant il est bon de les faire ressortir, afin qu'elles puissent être confirmées ou détruites par les observations subséquentes. Ces conclusions se réduisent aux suivantes :

1° La cause de la phlébite de la veine ombilicale doit être recherchée dans les circonstances qui accompagnent la ligature du cordon, circonstances sur lesquelles les observateurs n'ont pas insisté jusqu'à présent.

2° Cette phlébite s'accompagne souvent d'une péritonite dont on retrouve souvent les traces après la mort.

3° L'ictère qui survient dans ces cas, et qui a été un des symptômes les plus constants, peut mettre sur la voie de ce qui se passe du côté de la veine ombilicale.

4° L'érysipèle est encore un des symptômes les plus fréquents, et il serait important de voir si cet érysipèle affecte surtout les parois abdominales.

5° Quelquefois cette phlébite s'accompagne des accidents liés à la résorption purulente, mais cela est rare, puisque jamais on n'a vu de foyers purulents se développer dans les viscères. Quant aux suppurations articulaires et à celle du tissu cellulaire, nous ne saurions nous prononcer sur leur fréquence; car il est probable que les recherches n'ont pas été dirigées avec assez de soin dans ce sens, la liaison entre ces altérations et les inflammations veineuses n'ayant frappé l'attention des observateurs que depuis un certain nombre d'années.

---

*Recherches pour servir à l'histoire de la perforation des intestins par les vers ascarides et des tumeurs vermineuses des parois abdominales;* par J. B. Mondière, D. M. P., médecin à Loudun (Vienne.)

Comme l'indique suffisamment son titre, notre travail est divisé en deux sections. Dans la première, nous nous occupons de la perforation des intestins par un ou plusieurs vers isolés qui se fraient ainsi un passage, soit dans la cavité péritonéale, soit au dehors à travers les parois abdominales. Dans la seconde est esquissée l'histoire de ces abcès vermineux qui se développent le plus souvent vers les régions inguinale et ombilicale, et d'où sortent des vers en plus ou moins grand nombre, agglomérés, entre eux et formant une masse, qui, ayant agi comme un véritable corps étranger, ont déterminé la perforation des intestins, puis un abcès des parois abdominales, qui quelquefois reste fistuleux et toujours ne se cicatrise qu'après la sortie complète des ascarides.

C'est parce qu'on a confondu ces deux accidents, si différents, cependant, dans la manière dont ils surviennent que la plus grande obscurité règne encore aujourd'hui sur le sujet qui va nous occuper.

Essayons d'y répandre quelques lumières.

Les vers peuvent-ils perforer les parois des intestins, et, soit tomber dans la cavité péritonéale, soit se frayer un chemin jusqu'au dehors à travers les parois abdominales? Cette question a été affirmativement résolue par les uns, et négativement par les autres : et, il faut bien le dire, chacune de ces opinions compte en sa faveur des autorités également nombreuses, des hommes également instruits.

Sans remonter à une époque trop éloignée de nous, époque où le défaut d'une observation exacte, où le manque de connaissances positives faisaient admettre, comme très-fréquents, bien des accidents que l'expérience a depuis démontré être assez rares, nous trouvons dans les annales de l'art, publiées depuis la moitié du siècle précédent, assez de faits bien observés pour démontrer que ce n'est pas sans raison que beaucoup de médecins ont cru devoir résoudre cette question par l'affirmative.

Toutefois, lorsqu'on apporte dans l'examen de ces mêmes faits une critique éclairée, on ne tarde pas à s'apercevoir qu'un grand nombre d'entre eux n'appartiennent point à l'accident qui nous occupe, et qu'il s'agit tout simplement de perforations spontanées des intestins, de hernies incomplètes étranglées et terminées par gangrène, qui ont accidentellement donné passage aux vers renfermés dans le canal intestinal. C'est à cet ordre de faits, par exemple, qu'il faut rapporter une observation recueillie par M. Poussin, médecin à l'Orient, qui, chez un enfant de trois ans, atteint d'une fistule intestino-ombilicale, suite d'arrachement ou plutôt de ligature défectueuse du cordon ombilical, vit plusieurs vers ascarides sortir par le trajet fistuleux, après avoir occasionné des coliques et des accidents convulsifs (1).

D'un autre côté, ces mêmes faits mal observés ou mal décrits ont fait adopter une opinion tout opposée et, selon nous, tout aussi peu conforme à la vérité, à beaucoup de médecins et de naturalistes qui, pour résoudre la question par la négative, ont accordé à l'organisation des vers une importance beaucoup trop grande. Ainsi Bremser (2) et Rudolphi (3), s'appuyant sur ce que les tubercules des ascarides sont mous, et sur ce que ces animaux ne possèdent pas d'autres armes propres à ronger les tissus, en ont conclu qu'il leur était impossible de perforer les intestins. A ces autorités nous pourrions en opposer une autre non moins imposante et que personne ne sera tenté de récuser : celle de M. de Blainville, qui pense que leurs valvules présentent des bords assez durs et assez tranchants, que leur extrémité antérieure peut, comme dans les vers de terre, s'ériger et se roidir assez pour perforer les intestins. Enregistrons avec soin ces détails anatomico-physiologiques, car ils nous serviront à expliquer d'une manière satisfaisante un phénomène qui surprend au premier abord, et qui, suivant nous, n'a paru impossible à tant de médecins que parce qu'on n'a pas su en reconnaître le vrai mécanisme.

Avant de développer toute notre pensée, disons encore que, parmi les autorités médicales qui ne veulent point admettre, chez les vers, la faculté de perforer ainsi les intestins, se trouvent MM. Scoutetten (4), Cruveilhier (5) et J. Cloquet (6). Les rai-

---

(1) *Journal de Leroux*, 1817, T. XL, p. 81.

(2) *Traité zoologique et physiologique sur les vers intestinaux de l'homme;* trad. par Grundler, avec des notes de M. de Blainville, Paris, 1824, in-8, avec atlas.

(3) *Entozoorum, sive vermium intestinalium historia;* Amsterdam, 1808, 3 vol. in-8, et Entozoorum synopsis; Berlin, 1819, in-8, fig.

(4) *Mémoire sur l'anatomie pathologique du péritoine*, ou Archives de médecine. T. V, p. 539.

(5) Article *entozoaire* du Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique. T. VII, p. 341.

(6) *Anatomie des vers intestinaux ascaride, lombricoïde et echinorrhynque géant.* Paris, 1824, in 4, 130 pp.

sons que M. Cruveilhier allègue en faveur de son opinion sont les mêmes que celles présentées déjà par Rudolphi et Bremser. Quant à l'explication de M. J. Cloquet, elle ne nous paraît pas admissible. En effet, de ce qu'il n'a pu faire saisir la surface d'un bocal à des ascarides vivants, ce professeur en conclut qu'ils ne peuvent opérer la perforation des intestins. Mais quelle analogie existe-t-il donc entre une surface lisse et polie comme celle du cristal et la surface inégale, rugueuse et enduite de mucus, des intestins?

Parmi les médecins qui ont embrassé une manière de voir entièrement opposée, nous citerons Lieutaud (1), Lassus (2), les docteurs Noverre (3), Chailly (4), Mérat (5), Sédillot et d'Avrigni (6), enfin M. Bégin, qui, dans son article sur les fistules, inséré dans le Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique, s'exprime ainsi : « Dans des circonstances peu communes, des corps étrangers anguleux, aigus, garnis d'aspérités, ou même pour le canal intestinal des entozoaires arrêtés et fixés sur quelque point d'un réservoir ou d'un conduit excréteur, l'ont irrité, perforé, et, en se frayant une issue au dehors, ont déterminé l'établissement d'une fistule (7)? »

Tous les auteurs qui ont admis la possibilité de la perforation des intestins par les vers, ont dit que c'était au moyen des trois tubercules que présente leur extrémité antérieure qu'ils rongeaient ces organes et parvenaient à y pratiquer une ouverture. Cette explication, que semblaient contredire l'anatomie mieux connue des ascarides et les suites si peu graves de cet accident, n'a pas peu contribué, selon nous, à faire regarder comme impossible un fait qui, pour prendre rang dans la science, n'avait besoin que de recevoir une autre explication. Cette explication, nous avons dû la chercher, car un fait que nous avons observé et d'autres faits assez nombreux et bien décrits que possédait déjà la science ne nous ont pas permis de conserver le moindre doute sur la possibilité de la perforation des intestins par les vers.

Voici celle à laquelle nous nous sommes arrêté, et à laquelle nous avons été conduit par ce que nous avons vu nous-même et par un passage de l'ouvrage de M. de Blainville, passage que nous avons cité plus haut. Selon nous, il n'y a point, dans le cas qui nous occupe, érosion ou destruction des fibres qui composent l'intestin, mais bien seulement écartement de ces mêmes fibres, opéré d'une manière lente et successive par les mouvements que les vers impriment à leur extrémité antérieure, qui est pointue et susceptible d'un certain degré d'érection, comme on l'observe chez le lombric terrestre. Pour juger, par analogie, combien peut être grande la force de ces petits animaux, et pour bien saisir le mécanisme que nous cherchons à dévoiler, essuyez exactement la surface d'un lombric de terre d'une grosseur assez considérable et encore tout plein de vie; tenez-le enfermé dans votre main : alors, bien que cette partie soit maintenue exactement fermée, vous sentirez le ver imprimer à sa tête de petits mouvements comme ceux d'une vrille, et bientôt vous verrez apparaître au dehors son extrémité antérieure, fortement contractée et ayant la forme d'une pointe acérée et résistante. C'est par un mécanisme semblable, selon nous, et en écartant leurs fibres que les vers ascarides se fraient un passage à travers les parois intestinales. On conçoit par là comment des observateurs ont pu trouver dans la cavité abdominale ou voir sortir au dehors des vers, sans découvrir la plus petite perforation dans toute l'étendue des intestins. En effet, les fibres intestinales, n'étant qu'écartées, doivent revenir sur elles-mêmes en vertu de leur élasticité propre et de leur contractilité, et effacer ainsi les petites ouvertures qui ont donné passage aux vers.

Citons un fait : un jeune homme de dix-sept ans entre à l'hôpital pour se faire traiter d'une carie vertébrale, ayant son siége dans la région lombaire. Un abcès par congestion se montre à la partie supérieure de la cuisse gauche et s'ouvre spontanément. Par le trajet fistuleux sortait chaque jour une assez grande quantité de matière noire et très-fétide; plusieurs lombrics s'en échappèrent également, mais jamais rien qui ressemblât à des matières fécales. Bientôt la maladie fit des progrès rapides, et le malade ne tarda pas à succomber.

*Autopsie.* (Nous négligerons tous les détails qui ne se rapportent point à notre sujet.) L'estomac renferme une petite quantité de liquide noirâtre libre, le duodénum en contient aussi, mais qui est plus épais, visqueux, et comme adhérent à la membrane interne, dont on le détache cependant avec facilité. Quelques ascarides se rencontrent dans l'intestin grêle; du reste, la muqueuse paraît saine dans toute l'étendue de ce canal, et l'on ne peut retrouver la perforation par laquelle s'étaient probablement échappés les vers sortis par la plaie. Derrière le péritoine, dans les deux régions lombaires et iliaques, dans le bassin, se trouvait une grande quantité de matière purulente noire, mêlée au détritus de différents tissus. Les cavernes formées dans ces régions suivaient le trajet des vaisseaux et des nerfs, principalement du côté gauche, et se propageaient jusqu'en bas de la cuisse en passant par l'arcade crurale. Les os étaient superficiellement cariés depuis la dixième vertèbre dorsale jusqu'à la pointe du sacrum; le corps des trois dernières lombaires et de la première pièce du sacrum ont entièrement disparu.

Dire que cette observation a été recueillie par M. Velpeau (1), c'est offrir toutes les garanties d'une exactitude rigoureuse.

Évidemment il a dû exister ici une communication entre l'intestin et le foyer de l'abcès, car les vers n'ont pu venir que de la cavité intestinale. Cette commu-

(1) Recueil périodique. T. LX, p. 185.
(2) *Pathologie chirurgicale.* Paris, 1809, in-8. T. I, p. 218.
(3) *Journal des progrès et des institutions médicales,* 1834, T. I, p. 382.
(4) *Revue médicale,* 1837, T. II, p. 450.
(5) *Dict. des sciences médicales.* T. LVII, p. 217.
(6) *Recueil périodique.* T. LX, p. 185.
(7) T. VIII, p. 165.

(1) Mémoire sur quelques altérations de la moelle épinière, dans les Archives de médecine, 1825, t. VII, p. 329.

nication aurait pu, à la rigueur, résulter de la perforation de l'intestin de dehors en dedans par le pus accumulé dans le foyer, mais alors il aurait existé des adhérences dont il n'est point parlé ; les parois intestinales auraient présenté quelques altérations ; une fistule aurait persisté, entretenue par le passage continuel du liquide de l'abcès dans la cavité intestinale ; le malade aurait rendu par l'anus des matières semblables à la suppuration, comme on l'observe toujours en pareille circonstance. Voyez entre autres un cas de cette espèce consigné dans la thèse de M. Th. Duret (1).

Or, puisque rien de semblable n'a été remarqué, malgré les recherches auxquelles s'est livré l'observateur exact à qui nous devons ce fait, il nous paraît démontré que les vers ont, non pas perforé l'intestin, mais bien se sont frayé un passage en écartant les fibres de ses parois. C'est la seule manière dont on puisse se rendre compte du phénomène observé.

Ici le ver est sorti de l'abdomen à l'aide du trajet fistuleux ; mais il aurait pu tout aussi bien se frayer un passage dans un autre point et tomber dans la cavité du péritoine, et ce ne serait peut-être pas aller trop loin que de supposer que bien des cas d'inflammation de cette membrane, qu'on ne sait à quelle cause rattacher, dépendissent d'un semblable accident. On conçoit encore que les vers, par une cause qui sans doute nous échappera longtemps, cherchant à émigrer, s'attachent sur un point des intestins correspondant aux parois abdominales, et puissent traverser successivement l'intestin et ces mêmes parois. Une fois arrivés dans la couche cellulaire qui unit les divers muscles abdominaux, ils produisent une inflammation qui se termine par la formation d'un abcès, plus ou moins volumineux. Si cet abcès tarde à être ouvert, on peut trouver le ver qui lui a donné naissance entièrement sorti de l'intestin et nageant au milieu du pus ; si au contraire on pratique de bonne heure une ouverture, un peu de pus s'échappe, et l'on aperçoit, s'agitant au centre du foyer, une portion plus ou moins grande de l'animal ; et si l'on cherche à l'extraire, on éprouve une résistance assez grande, son corps s'allonge, et l'on reconnaît aisément qu'il traverse une filière étroite dans laquelle il est assez fortement serré. Eh bien, tout ce que nous venons d'exposer et qui, au premier abord, peut paraître une simple théorie, a été observé par nous et par d'autres praticiens, comme le prouveront les faits que nous rapprocherons de celui qui nous est propre.

Le 20 mars 1837, nous fûmes appelés à Savoie pour voir une jeune fille, âgée de 13 à 14 ans, qui, nous dit-on, s'était *blessée* (c'est ainsi que l'on désigne dans ce pays ceux à qui il survient une hernie). Rendu auprès d'elle, nous apprîmes que depuis quelques mois elle était tourmentée par les vers, qu'elle en avait rendu plusieurs par l'anus et par la bouche, et que quelques jours auparavant un chirurgien des environs lui avait fait prendre un remède qui lui avait occasionné beaucoup de coliques, et lui avait fait expulser un certain nombre de ces animaux, les uns morts et les autres vivants. Bientôt les coliques s'étaient calmées, mais elle avait continué à ressentir une douleur sourde dans un point du ventre correspondant exactement à l'endroit des parois abdominales, où existait maintenant une tumeur. Cette douleur sourde dans le principe s'était plus tard changée en une sensation de picotement peu douloureux, mais difficile à supporter. Du reste, les selles étaient restées libres, et il n'y avait point eu de vomissements, seulement des nausées assez fréquentes, surtout alors que commença à paraître la tumeur dont nous venons de parler, et qui avait son siége sur le côté gauche de l'abdomen au-dessus de l'anneau inguinal.

Cette tumeur du volume d'un jaune d'œuf, exactement arrondie et présentant une légère saillie à son centre, où commençait aussi à se montrer un peu de rougeur, était tout à fait hors des limites des ouvertures naturelles où apparaissent ordinairement les hernies. Cette circonstance jointe à l'absence de tout symptôme de hernie, et à une espèce de ramollissement que présentait déjà la tumeur, nous fit croire à l'existence d'un petit phlegmon. Le pouls était naturel, la langue large, humide, et tous les organes interrogés avec soin ne traduisirent au dehors aucun signe de souffrance. Nous dûmes nous borner à prescrire des cataplasmes émollients, quelques lavements et un régime alimentaire assez léger.

Deux jours après, le père de la malade vint nous chercher, disant que la tumeur était plus grosse, plus rouge et ramollie, et que sa fille y éprouvait des mouvements qui la gênaient beaucoup. Nous ne pûmes nous rendre auprès d'elle que le soir. Alors nous reconnûmes dans la tumeur tous les changements qu'on nous avait annoncés, et la malade nous dit y ressentir un chatouillement incommode et même parfois douloureux. La fluctuation étant assez sensible, nous proposâmes de pratiquer une incision, ce qui fut accepté. Une incision longue de quatre à six lignes fut faite sur le centre de la tumeur, et du pus bien lié s'écoula aussitôt ; mais quelle ne fut pas notre surprise et celle des assistants, quand, pressant la base de la tumeur pour en évacuer la suppuration, nous vîmes s'agiter avec force un corps pointu, qu'un peu d'attention nous fit bientôt reconnaître pour l'extrémité antérieure d'un ver lombric. Nous le saisîmes avec des pinces à disséquer et nous cherchâmes à l'extraire. Sous la traction que nous exerçâmes, nous vîmes les fibres de son corps s'allonger, et, après avoir employé une certaine force, nous amenâmes un ascaride long de cinq pouces et demi et gros comme un tuyau de plume ; du pus et rien que du pus ordinaire et bien lié s'écoula et laissa vide le foyer qui l'avait contenu. Avec un stylet mousse et assez petit nous le sondâmes dans tous ses points et en employant même une certaine force, mais il nous fut impossible de trouver l'ouverture qui avait livré passage au ver.

Pansé comme à l'ordinaire, cet abcès suppura quelque temps et ne tarda pas à guérir, sans qu'il se soit écoulé autre chose qu'un peu de suppuration ordinaire, mais aucun liquide qui eût l'apparence des matières renfermées dans les intestins. Depuis, la malade n'a éprouvé aucun autre accident.

Il nous semble que si, dans ce cas, il y avait eu

(1) Réflexions sommaires sur les abcès par congestion. Thèse, Paris, 1814 n° 26, p. 26.

réellement perforation des intestins, en prenant ce mot dans l'acception qu'on lui donne ordinairement, l'abcès aurait donné issue à d'autre liquide que du pus, comme cela s'observe dans toutes les fistules intestinales, quelque petit que soit d'ailleurs leur diamètre, et comme cela a lieu dans toutes les tumeurs vermineuses, comme nous le verrons plus loin. Or, non-seulement rien de semblable n'a eu lieu, mais encore, bien que nos recherches aient été faites, au moment même de l'incision de l'abcès, avec patience et avec tout le soin nécessaire, il nous a été impossible de retrouver l'ouverture qui avait donné passage au ver. C'est ce qui nous fait croire que, dans ce cas comme dans ceux analogues relatés par les auteurs, il y a eu seulement écartement des fibres des parties traversées par le ver et non pas érosion ou destruction de ces mêmes fibres, car dans ce cas il en serait résulté une fistule ou tout au moins une ouverture qui ne se serait pas fermée aussi promptement.

Et c'est cette absence de tout symptôme grave, à laquelle on n'est pas habitué toutes les fois que les intestins viennent à être perforés, qui a fait douter à quelques observateurs que les vers sortis de cette manière vinssent réellement de la cavité intestinale, ou leur a fait chercher des explications que l'on ne peut admettre. Ainsi M. Destrez, qui a recueilli une observation qui a la plus grande analogie avec la notre, la termine ainsi : « De quel endroit venait cet ascaride? Il est évident qu'il s'est développé dans le canal intestinal; mais par quelle issue s'est-il échappé? C'est ce que nous ignorons; car s'il eût perforé les parois de l'estomac ou d'un intestin, les accidents eussent été certainement graves. Je pense qu'il peut s'être insinué dans l'appendice vermiculaire du cœcum, voisin du lieu d'où il est sorti (1). »

Le mécanisme par lequel nous pensons que s'effectue la sortie des vers à travers les parois des intestins et de l'abdomen nous paraît expliquer ce fait d'une manière plus naturelle et plus satisfaisante, et d'ailleurs les tumeurs analogues à celles dont il est question ont été observées dans des points de l'abdomen bien éloignés de la région cœcale, comme le démontre le cas suivant :

Chez une jeune fille qui avait éprouvé une colique vermineuse, et rendu beaucoup de vers par la bouche et par l'anus, il se forma, auprès du nombril, un abcès qui fut ouvert et d'où sortit du pus en assez grande quantité et un ver mort long de quatre à cinq pouces. Le docteur Heer, à qui est dû ce fait, dit qu'il essaya, mais en vain, de trouver l'ouverture qui devait communiquer avec l'intestin. Immédiatement après cette sortie, la tumeur diminua, le pus devint de plus en plus rare, et une guérison complète ne se fit pas longtemps attendre (2).

Les annales de l'art renferment un assez grand nombre d'observations analogues, parmi lesquelles nous choisirons les suivantes qui nous ont paru présenter quelques circonstances importantes. Ainsi dans celle qui suit, et que M. Chailly a relatée à la Société de médecine de Paris lors d'une discussion soulevée au sein de ce corps savant par M. Prus, au sujet des accidents déterminés par la présence des vers, on voit que l'ascaride s'est frayé un passage au dehors à travers la paroi extérieure de l'abcès.

En 1787, dit ce médecin (1), M. Michaud étant chirurgien-major de l'infirmerie royale de Versailles, un enfant du sexe masculin, âgé de 2 ans, fut reçu dans la salle St-Charles, et couché au n° 3. Il avait une tumeur phlegmoneuse au côté du bas-ventre; elle était rouge, circulaire, plus élevée au centre que vers les bords, et occupait tout l'espace compris de haut en bas entre le bord des côtes et le bassin, et, d'avant en arrière, entre la ligne blanche et la région lombaire. Son état était avancé. On pouvait croire qu'elle contenait du pus, quoique la fluctuation fût douteuse. Comme il n'existait aucun accident grave, M. Michaud crut devoir se borner, pour le moment, à prescrire une diète sévère, des boissons tempérantes, des lavements et l'application réitérée deux fois par jour de cataplasmes émollients sur la tumeur. Je fus chargé du pansement, dit M. Chailly. Le matin du troisième jour de l'entrée de cet enfant à l'infirmerie, je me disposais à changer son cataplasme, lorsque, en levant celui qui avait été mis la veille au soir, j'aperçus un strongle qui était engagé dans une ouverture pratiquée au centre de la tumeur.

M. Michaud était dans la salle, je le priai de passer au lit du malade. Il y vint, suivi des élèves tant internes qu'externes. Je levai de nouveau le cataplasme, et nous vîmes le strongle. Mais, cette fois, il était entièrement sorti du bas-ventre et nageait dans une grande quantité de pus qui s'était échappé par l'ouverture que sa sortie avait laissée libre.

M. Michaud prescrivit de continuer les mêmes pansements. La fièvre cessa, le foyer se vida facilement par l'ouverture dont il vient d'être parlé; sa capacité diminua rapidement : en un mot, tout rentra promptement dans l'ordre. Au bout de 15 jours, il n'y avait plus ni suppuration ni dureté. La santé de l'enfant était parfaite, et il sortit de l'infirmerie.

On voit qu'ici les désordres extérieurs ont été bien plus considérables que dans les observations relatées jusqu'à présent, et cependant ils cessèrent rapidement aussitôt que la cause qui les avait fait naître eut disparu, ce qui certainement n'aurait point eu lieu s'il eût existé une communication entre l'intestin et l'intérieur de la tumeur.

Dans le cas que l'on va lire, le ver qui avait causé tous les accidents fut retiré mort, ce qui peut tenir ou à ce qu'il avait séjourné plus longtemps au centre de l'abcès et par conséquent hors de l'intestin, seul séjour où ces animaux peuvent vivre, ou à l'emploi des vermifuges qui furent donnés à plusieurs reprises et expulsèrent une grande quantité de vers.

Un petit nègre (2) de onze ans présentait, depuis trois jours, tous les symptômes d'une violente dy-

(1) *Propagateur des sciences médicales*, 1825, n° 27, p. 81.
(2) *Revue médicale*, 1837, t. II, p. 450.

(1) *Nuovo giornale della pui recente litteratura medico-chirurgica d'Europa*, 1795, t. IX, p. 155.
(2) Journal des progrès, 1834, t. I, p. 382.

senterie. *Premier jour*. Langue sèche, soif ardente, coliques, épreintes; selles fréquentes, glaireuses, sanguinolentes; insomnie. Saignée du bras, de huit onces; boisson gommée; trois demi-bains, lavements émollients, cataplasmes de même nature. *Deuxième jour*. Mêmes symptômes, même traitement; mieux marqué après la saignée. *Troisième jour*. Douleur fixe vers l'ombilic avec picotements violents, point de saignée; même traitement. Une once et demie de manne en lavage. *Quatrième jour*. Six selles seulement, mais toujours muqueuses et sanguinolentes, sans sentiment de ténesmes; développement vers l'ombilic d'une tumeur chaude et douloureuse, offrant tous les symptômes d'un phlegmon. Violents élancements dans le ventre, sans pouvoir en fixer le siège. Deux onces de manne. Continuation des émollients. Une cuillerée et demie de sirop de Brinvilliers pour le soir. *Cinquième jour*. Point de changement. Seconde prise de sirop sédatif. *Sixième jour*. Même état. Troisième dose de vermifuge. Dans les selles de la nuit l'enfant rend douze vers. *Septième jour*. L'huile de palma-christi entraîne près de quatre-vingts lombrics, presque tous vivants.

Dès lors amendement, cessation graduelle de la dysenterie; quelques verres d'*infusum* de quinquina sont administrés pour hâter la convalescence. La tumeur qui existait à l'ombilic fut ouverte avec le bistouri; il en sortit, au milieu d'un pus de bonne nature, un ver à demi corrompu, qui sans doute, avait perforé l'intestin grêle en cet endroit.

Sans nous arrêter aux circonstances intéressantes que présente cette observation pour l'histoire de la dysenterie, nous nous bornerons à faire remarquer cette douleur fixe qu'éprouva le malade à l'ombilic, c'est-à-dire à l'endroit même où plus tard se montra le phlegmon, douleur accompagnée de picotements violents. N'est-il pas probable, et même certain, que ces symptômes si caractéristiques doivent être rapportés aux mouvements que le ver a été obligé d'imprimer à son corps, et surtout à son extrémité antérieure, pour se frayer une route à travers les parois de l'intestin?

Dans le cas suivant (1), la marche rétrograde qu'a suivie, à deux reprises, le phlegmon d'où plus tard sortirent des ascarides semblerait faire croire qu'ici celui de ces animaux qui le premier donna naissance à la formation de la tumeur rentra dans l'intérieur du tube digestif pour en ressortir ensuite, et donner lieu à l'abcès par lequel il s'échappa enfin.

Une paysanne, âgée de quarante-cinq ans, qui n'avait plus ses règles, d'une constitution maigre, et qui n'avait jamais été malade, eut à l'aine droite, directement au-dessus du ligament de Fallope et au milieu de la ligne tirée de l'os pubis à l'os des îles, une tumeur qui vint insensiblement à la grosseur d'une petite pomme, avec les attributs des phlegmons; la partie extérieure en était rouge, rénitente, douloureuse; la tumeur et la douleur s'étendaient même dans toute la partie intérieure de la cuisse, et paraissaient répondre aux lombes du même côté. Elle dura une quinzaine de jours; après, elle parut se résoudre naturellement, de façon qu'il n'y restait qu'un germe; peu de jours après, elle reparut comme ci-devant. On y appliqua du savon et de l'huile, ce qui augmenta considérablement les douleurs; l'épiderme de la tumeur s'enleva, le gonflement augmenta en s'étendant vers la cuisse; et, sans y avoir de suppuration louable, il suinta pendant huit jours une sérosité sanguinolente par plusieurs petits trous. La tumeur se dissipa insensiblement; il n'y restait qu'une petite dureté. Les douleurs avaient cessé lorsque la malade en sentit tout à coup, comme si on lui avait percé le ventre avec un chatouillement extérieur qui l'engagea à examiner la tumeur, d'où elle vit sortir une pointe mouvante par un des petits trous. Elle appela quelqu'un, qui vit que c'était un ver, et le tira avec assez de peine; il était du genre de ceux que l'on nomme *lumbrici*, de la grosseur du petit doigt d'un adulte, et long de sept pouces.

Il n'est sorti ni avant ni après le ver aucunes matières de la nature des intestinales; les douleurs cessèrent alors, et la malade reprit son travail ordinaire. Dans l'espace de six semaines, il en parut encore trois moins gros qui, pour sortir, poussaient au-dehors la croûte qui bouchait le petit trou qui était resté.

La cicatrice s'est perfectionnée quinze jours après la sortie du dernier ver, et il n'est resté extérieurement aucun vestige de la maladie : on y sent seulement une espèce de dureté.

Nous ne croyons pas devoir rapporter un plus grand nombre de faits (1). Ceux que l'on vient de lire suffiront pour éclairer la question que nous nous sommes posée au commencement de ce travail, et ils nous paraissent de nature à convaincre le lecteur que, dans ces faits et ceux analogues que possède la science, il n'y a point eu véritablement perforation des parois intestinales, mais bien que les vers, après avoir introduit leur extrémité pointue, susceptible, comme nous l'avons dit, d'un certain degré d'érection, dans les cryptes de la membrane muqueuse et entre les fibres peu serrées de la membrane musculaire, ont cheminé ainsi à travers les parois intestinales et abdominales, écartant successivement les fibres des différentes couches qui les composent. Telle est, nous le répétons, l'explication la plus naturelle qu'il soit possible de donner d'un phénomène qui, par cela même qu'il s'écartait de ce que la théorie enseignait, a été nié par le plus grand nombre des médecins.

Et qu'on ne vienne pas arguer contre notre manière de voir de ce que, dans plusieurs autopsies, on a trouvé des vers, les uns déjà passés dans la cavité du péritoine, les autres encore engagés dans des ouvertures calquées exactement sur leur corps,

(1) Ancien journal, 1757. T. VI, p. 96.

(1) Tout nous porte à croire que les vers ascarides, au lieu de se frayer ainsi une route à travers les parois des intestins et de l'abdomen, peuvent émigrer dans la vessie à travers les tuniques de cet organe. Nous ne faisons en ce moment que signaler ce fait, que nous ne pouvions étudier complétement faute de quelques ouvrages, mais sur lequel nous reviendrons plus tard dans un travail spécial sur toutes les espèces de vers qui sont rendus par les voies urinaires. Nous avons recueilli une observation d'hydatides rendues de cette manière, observation pleine d'intérêt, en raison des phénomènes singuliers qu'a présentés la malade.

car ce sont des phénomènes en quelque sorte cadavériques qui viennent au contraire prêter un puissant appui à notre opinion.

Parmi ces faits, rapportons-en un en quelque sorte pris au hasard, et nous allons tâcher de démontrer qu'au lieu d'être en opposition avec notre théorie, ces mêmes faits lui donnent, pour ainsi dire, force de loi.

Une jeune fille, âgée de douze ans, meurt hydropique et au dernier degré de la diathèse scrofuleuse. Les intestins grêles étaient perforés en cinq ou six endroits différents, et par ces petites plaies on voyait pendre autant de vers; d'autres encore furent trouvés dans la cavité abdominale même, au milieu de la sérosité épanchée. Les orifices étaient ronds et répondaient entièrement à la grosseur de ces vers. Il n'y avait pas à penser à une lésion des intestins par le scalpel; de plus, l'intestin n'était ni gangrené ni aminci, mais plutôt épaissi (1).

Nous avons choisi ce fait de préférence à tout autre, parce qu'il a été recueilli il y a quelques années seulement, c'est-à-dire à une époque où l'anatomie pathologique, et surtout celle du tube digestif, était cultivée avec le plus grand soin, ce qui doit nous faire supposer, non sans raison, que, s'il eût existé d'autres lésions, l'auteur les aurait indiquées avec le même soin. Les perforations que l'on a trouvées à l'autopsie n'étaient donc point de ces perforations spontanées qui n'ont été bien étudiées que dans ces derniers temps, et on ne peut élever aucun doute sur leur véritable cause; les vers, dont quelques-uns étaient à moitié passés dans la cavité du péritoine, ont en quelque sorte été surpris à l'ouvrage. Maintenant ces mêmes perforations ont-elles eu lieu avant ou après la mort? Cette question, l'auteur l'a soulevée sans oser la résoudre. Pour nous, il ne peut y avoir le plus léger doute : elles ont été pratiquées après la mort, non pas par érosion des tissus, puisque nous savons que les vers ne possèdent aucun organe avec lequel ils puissent ronger, mais bien par le mécanisme que nous avons cherché à expliquer, c'est-à-dire par l'écartement des fibres intestinales, et si l'ouverture qui est résultée de l'écartement de ces mêmes fibres n'a pas disparu après le passage des vers dans la cavité du péritoine, c'est que la mort avait privé les intestins de leur contractilité. C'est ainsi qu'une plaie étroite faite aux intestins, après la mort, conserve toute son étendue, tandis que, faite pendant la vie, ses bords se contractent et souvent à un point tel qu'il ne se fait aucun épanchement. Les ouvrages qui traitent des plaies pénétrantes de l'abdomen sont remplis de faits de cette espèce.

Des observations qui précèdent et de celles analogues que nous avons dû passer sous silence, il résulte, selon nous :

1° Que les vers peuvent bien réellement se frayer un chemin à travers les parois des intestins et de l'abdomen, non pas, comme l'ont cru jusqu'à ce jour un assez grand nombre de médecins, en rongeant les tissus, mais bien en écartant, au moyen de leur extrémité antérieure, susceptible d'érection et d'acquérir dans cet état une force suffisante, les fibres assez lâches de ces différents organes.

2° Que c'est à la contractilité de ces mêmes fibres qu'est due l'oblitération immédiate de l'ouverture qui a donné passage au ver, et par suite l'absence de tous les symptômes graves qui résultent ordinairement de la perforation des intestins.

3° Que cet accident s'observe aussi bien chez la femme que chez l'homme, chez l'adulte que chez les sujets encore dans l'enfance.

4° Que, le plus ordinairement, il a lieu chez des individus tourmentés par les vers, et qui en ont rendu un plus ou moins grand nombre par la bouche et par l'anus, soit spontanément, soit par l'action de quelques médicaments dits vermifuges.

5° Que la cause qui donne lieu à cette émigration de la part des vers reste pour nous tout à fait inconnue; cependant nous observons que plusieurs des sujets dont les observations nous sont connues avaient pris des substances anthelmintiques plus ou moins énergiques, et que quelques-uns éprouvaient depuis quelque temps des dérangements des intestins, comme si les vers mis en contact avec des substances délétères pour eux ou ne trouvant plus qu'une nourriture viciée, cherchaient un meilleur gîte.

6° Que les symptômes auxquels donne lieu ce passage des vers à travers nos tissus sont une sensation douloureuse de ponction dans un point fixe de l'abdomen, suivie au bout d'un temps plus ou moins long de la formation au dehors d'une tumeur, d'abord peu volumineuse et sans changement de couleur à la peau, tumeur qui s'accroît plus ou moins lentement, devient le siége d'un picotement particulier, se ramollit et s'abcède enfin pour donner issue à du pus bien élaboré et à un ou plusieurs vers le plus ordinairement vivants.

7° Que tous les points de circonférence de l'abdomen peuvent également devenir le siége de ces tumeurs; que cependant on les observe le plus souvent vers l'ombilic et dans les environs du canal inguinal.

8° Que le traitement consiste uniquement dans l'emploi des cataplasmes émollients ou maturatifs, et dans l'extraction du ver, qui est suivie d'une guérison le plus ordinairement prompte, comme on voit une inflammation aiguë et fort douloureuse disparaître rapidement et pour ainsi dire d'elle-même quand le chirurgien a enlevé l'*épine* qui lui avait donné naissance et l'entretenait par sa présence.

Passons maintenant à l'histoire des tumeurs vermineuses qui complétera celle de l'accident dont nous venons de nous occuper. Et d'abord nous devons dire qu'il ne sera point question ici de ces cas assez nombreux dans lesquels des abcès situés dans le voisinage des intestins, les perforent et livrent ensuite un passage libre aux vers qu'ils renferment. Tel est entre autre le cas de Moublet consigné dans l'ancien *Journal de médecine* (1) et reproduit par Chopart dans son traité des maladies des voies urinaires (2). Il ne sera pas question non plus de ces cas

(1) Journal der practischen Heilkunde, mars 1834, et Gazette médicale, 1834. p. 489.

(1) T. IX, p. 244.
(2) T. I, p. 139.

un peu plus rares où une hernie incomplète, venant à se gangréner, donne lieu à une fistule intestinale par laquelle peuvent s'échapper des vers ascarides. Nous voulons seulement nous occuper de ces faits dans lesquels des vers agglomérés en nombre plus ou moins grand séjournent dans un point limité des intestins, le dilatent, l'enflamment, lui font contracter des adhérences avec les parois abdominales auxquelles se propage l'inflammation qui se termine par la formation d'un abcès qui s'ouvre au dehors au bout d'un temps plus ou moins long, et donne issue à du pus d'abord, ensuite à des vers plus ou moins nombreux, puis aussi à des matières fécales. Cette dernière circonstance établit une ligne de démarcation bien tranchée entre l'accident qui nous occupe en ce moment et celui dont nous avons parlé précédemment. Quant à cette fistule intestinale, nous la verrons se guérir presque spontanément aussitôt après l'issue de tous les vers que renfermait la tumeur, ou au contraire persister longtemps et même devenir permanente, selon le nombre de vers agglomérés ensemble, et par conséquent l'étendue de la perte de substance qu'a dû subir l'intestin pour leur donner passage.

Rapportons quelques faits, et d'abord celui qui nous est propre.

Le 15 février 1835, nous fûmes appelé à Genêton, canton de Mantes, pour voir une femme nommée Meunier, qui, nous dit-on, était depuis quelques jours atteinte dans l'aine d'une tumeur qui la faisait beaucoup souffrir.

Cette femme, agée de 33 ans, mère de deux enfants, grande, d'une bonne constitution, cheveux noirs, ordinairement d'une bonne santé, et se livrant habituellement aux travaux de la campagne nous déclare que, depuis quelque temps, elle éprouvait dans le flanc droit des coliques d'abord passagères, ensuite presque continuelles; qu'elle avait rendu plusieurs vers par l'anus, ce qui lui arrivait souvent depuis sa première enfance, et que dix jours environ auparavant elle s'était aperçue qu'elle portait dans l'aine une tumeur du volume d'un œuf de pigeon; que cette tumeur, survenue sans cause connue, avait d'abord été tout à fait sans douleur; que peu à peu elle avait pris de l'accroissement; que depuis cinq jours elle était devenue douloureuse, et, presque en même temps, un petit point rouge, qui s'agrandissait de jour en jour, avait paru à son sommet. Depuis ce moment aussi, la malade avait éprouvé dans l'intérieur de cette tumeur une sensation particulière dont elle ne pouvait exactement se rendre compte, et qu'elle comparait cependant à une espèce de frémissement analogue, nous dit-elle, à celui que feraient éprouver des hannetons renfermés et pressés dans l'intérieur de la main.

Ayant examiné cette tumeur, nous reconnûmes qu'elle avait son siége un peu au-dessus et à gauche du pli de l'aine; ce qui, joint à l'examen de l'anneau inguinal que nous reconnûmes être parfaitement libre, éloigna de notre esprit l'idée que nous avions eue d'abord de l'existence d'une hernie intestinale incomplète, opinion que venait du reste infirmer l'existence de selles assez faciles, entièrement composées de matières dures et arrondies. Cet état des fèces était habituel à la malade. La tumeur, un peu oblongue, avait le volume d'un œuf, était peu douloureuse à la pression, si ce n'est à son sommet, où on remarquait une tache d'un rouge assez foncé et de la grandeur d'une lentille. Du reste, l'attention la plus grande ne pouvait y faire reconnaître la moindre apparence de fluctuation.

Nous crûmes à l'existence d'un abcès des parois abdominales, et prescrivîmes en conséquence des cataplasmes émollients, quelques lavements légèrement laxatifs, et des demi-bains.

Quatre jours après, nous revîmes la femme Meunier; alors nous apprîmes que la tache rouge qui était au sommet de la tumeur avait successivement passé du rouge clair au rouge brun, puis enfin au noir, couleur qu'elle présentait encore, et que nous reconnûmes dépendre d'un état gangréneux. Alors aussi une espèce de fluctuation obscure pouvait être perçue, et quelques pulsations étaient senties par la malade dans son intérieur, pulsations qui existaient en même temps que le frémissement dont nous avons parlé et qui était même devenu plus sensible. Sûrs alors qu'il existait dans cette tumeur un liquide quelconque, nous n'hésitâmes pas à proposer à la malade de fendre l'eschare, ce qui fut accepté sans difficulté.

A peine le bistouri eut-il pénétré à quelques lignes de profondeur, que deux cuillerées environ d'un pus ordinaire s'échappèrent et la tumeur s'affaissa immédiatement. Nous voulûmes sonder la plaie; mais la malade, satisfaite du soulagement qu'elle éprouvait, ne voulut jamais y consentir, et nous dûmes nous borner à panser à plat, et à faire continuer les cataplasmes.

Ceci se passa le 20 février, dans l'après midi; et le 21, de grand matin, le mari de la malade vint tout effrayé nous dire que plusieurs vers étaient sortis par l'ouverture que nous avions pratiquée la veille, et que d'autres cherchaient également à s'échapper. Surpris nous-même d'une complication à laquelle nous étions loin de nous attendre, nous montâmes immédiatement à cheval pour aller nous assurer de ce qui existait réellement.

A notre arrivée, la malade nous montra huit vers de longueur et de grosseur différentes que nous reconnûmes être des ascarides lombricoïdes : un d'eux remuait encore. Examinant ensuite la tumeur, nous écartâmes autant qu'il fut possible les lèvres de la plaie, et nous découvrîmes l'extrémité d'un nouveau ver dont les mouvements agiles annonçaient une vie encore pleine de force. A l'aide de pinces à disséquer, nous l'amenâmes au dehors, ainsi que trois autres qui se présentèrent successivement. Refusé encore dans la proposition que nous fîmes d'agrandir la plaie et même d'y introduire un stylet, nous dûmes nous borner à en écarter fortement les bords pour tâcher d'en découvrir le fond; mais cette tentative fut inutile, et nous nous retirâmes en prescrivant le même traitement.

Dès lors nous n'entendîmes plus parler de la femme Meunier, qui se confia aux soins de M. Grillaud, officier de santé à Mantes. Cependant, curieux de connaître la terminaison d'un fait pratique qui avait excité notre intérêt, nous nous rendîmes, sans y être appelé, auprès de la malade, dans les premiers jours du mois de mars. Là, nous apprîmes que, depuis

notre dernière visite, dix-sept autres vers, en tout vingt-six, étaient encore sortis de la plaie, et cela dans les trois premiers jours qui l'avaient suivie; que leur sortie avait été suivie de celle de quelques matières intestinales; que depuis lors la tumeur s'était affaissée, ses bords s'étaient rapprochés, et qu'il en sortait seulement un peu de sérosité jaunâtre, sans odeur, comme nous pûmes nous en assurer. Plus tard nous apprîmes que la plaie n'avait pas tardé à se fermer complétement, et la malade à reprendre ses occupations, suspendues plutôt par precaution que par un dérangement de santé, qui s'était toujours conservée très-bonne.

Nous avons eu dernièrement occasion de voir la femme Meunier quand elle est venue nous apporter nos honoraires, et nous avons pu nous assurer qu'il ne restait de sa maladie d'autre trace qu'une cicatrice blanchâtre et un peu saillante.

Comment expliquer la sortie de ces vers? Nous savons déjà que ces animaux ne peuvent ronger nos tissus, et nous avons vu que, dans tous les cas de notre première section, les vers étaient sortis isolément, que l'abcès auquel ils avaient donné lieu n'était point resté fistuleux, et que jamais rien de semblable aux matières intestinales ne s'en était échappé. Dans le fait que nous venons de rapporter au contraire, et dans tous ceux analogues que nous avons lus, l'ouverture de l'abcès a été suivie de l'établissement d'une fistule qui a donné lieu à l'écoulement de matières intestinales, et persisté plus ou moins de temps. Il y a donc eu dans tous ces cas perte de substance de l'intestin. Si l'on considère maintenant que dans tous ces cas encore on a trouvé un grand nombre de vers dans l'abcès, on sera conduit à penser qu'ils produisent ces perforations d'une manière toute mécanique.

Voici comme nous pensons que se passent les choses : On sait qu'il n'est pas rare de rencontrer dans les autopsies, surtout chez les enfants, des paquets de vers agglomérés entre eux et formant une masse arrondie; on sait encore, et l'observation a démontré ce fait plusieurs fois, que même pendant la vie on a vu de semblables masses plus ou moins volumineuses être expulsées soit spontanément, soit par l'action de quelque vermifuge. Et bien! supposez une de ces masses arrêtée dans un point quelconque du canal intestinal; elle pourra, par sa présence, dilater ce point, comme on voit des corps étrangers le faire soit dans les intestins, soit dans l'œsophage, et soit par sa présence seule, soit par les mouvements des vers qui la forment, irriter sa paroi externe, la faire adhérer au péritoine pariétal; et bientôt l'inflammation, augmentant toujours par sa cause sans cesse agissante, se propagera aux parois abdominales elles-mêmes, et entraînera la suppuration des couches de tissu cellulaire qui entre dans sa composition. Une fois l'abcès formé, on conçoit aisément que soit la présence du pus, soit la pression permanente exercée par le paquet de vers, soit ces deux causes agissant simultanément, fassent communiquer la poche intestinale avec la cavité de l'abcès. C'est au mélange de quelques matières intestinales qui se fait quelquefois avec le pus du phlegmon qu'il faut, selon nous, attribuer ce point gangréneux qui s'est fait remarquer au sommet de la tumeur dans notre observation, et dans plusieurs autres que nous avons rassemblées. Ajoutons que, dans les cas où cette particularité n'a point été observée, les vers formaient une masse compacte, une sorte de bouchon qui n'a permis qu'après son expulsion la sortie des matières contenues dans les intestins.

Relatons maintenant d'autres faits décrits avec exactitude, et voyons s'ils ne confirmeront pas l'explication que nous venons de donner.

Un enfant, âgé de sept ans, se plaignait depuis un an de douleurs abdominales, principalement vers l'ombilic. A cette époque, la région ombilicale se gonfle, devient rouge et douloureuse; la cicatrice de ce nom devient saillante et colorée en rose. On caractérise le mal comme une phlogose locale; on applique des émollients, la tumeur se ramollit, prend la forme et le volume d'un œuf de poule, et finit par se rompre. Il en est d'abord sorti de l'humeur sanieuse très-puante, ensuite un lombric mort s'est glissé de l'ouverture au dehors; on panse méthodiquement, mais la plaie ne se cicatrise point, elle reste fistuleuse pendant très-longtemps, enfin, il s'évacue presque tout à coup 44 lombrics vivants par la fistule, n'ayant aucune odeur stercorale. La fistule cependant a persisté; il en est sorti plus tard 11 autres lombrics en quatre fois différentes, mais la guérison radicale n'a point eu lieu, bien que le malade ait cessé d'éprouver des coliques comme auparavant. L'ouverture a ensuite acquis tous les caractères des fistules stercorales (1).

Ce fait est bien propre à démontrer toute la justesse de notre dernière proposition. En effet, après l'ouverture de l'abcès, un vers seulement s'échappe, et la plaie reste fistuleuse, ne donnant écoulement qu'à une humeur sanieuse; mais tout à coup 44 ascarides sont expulsés en même temps, et cette fistule ne tarde pas à revêtir tous les caractères des fistules stercorales. Faisons remarquer encore ces douleurs abdominales que l'enfant éprouvait depuis quelque temps dans le point correspondant à celui où plus tard se forma un abcès. Ces douleurs nous semblent devoir être attribuées au travail inflammatoire produit par la présence des vers et qui a successivement entraîné la destruction des parois intestinales et de celles de l'abdomen. Ce qui le prouve, c'est qu'on les a observés dans tous les faits que nous avons rassemblés, et par là elles deviennent un signe précieux qui pourra, dans quelques cas, faire deviner en quelque sorte au médecin la nature des accidents qu'il est appelé à combattre. Avant de passer à une autre observation, nous rappelerons ce que nous avons dit plus haut, savoir, que quand la pelote de vers était très-volumineuse, la perte de substance de l'intestin pouvait être telle qu'il en résultât un anus contre nature incurable. C'est ce qui a eu lieu ici.

Un enfant de quatorze ans, de tempérament lymphatique, était malade depuis un an environ, lorsqu'il fut observé par le docteur Diego Girone, qui le trouva dans l'état suivant : maigreur considérable de tout le corps; abdomen tuméfié, tympanique:

(1) Il Filiatre-Sebezio, avril 1837, et Gazette médicale, 1837, p. 428.

digestions dépravées; fièvre lente; sensation brûlante à la région hypogastrique correspondant au colon transverse, ayant son plus haut degré d'intensité à quatre pouces de l'ombilic; urines troubles, matières excrémentitielles de couleur jaune, mêlées d'une couleur blanchâtre. Bientôt le sentiment de brûlure dégénéra en une douleur assez supportable, qui tourmenta le malade pendant quinze jours environ. Il éprouva ensuite une sensation de forte ponction à la région ombilicale, sur laquelle apparut ensuite une strie rouge, et plus tard une zone de la même couleur qui formait un cercle autour de l'ombilic, tuméfié et douloureux; un mouvement fébrile assez marqué se déclara en même temps. Cet état dura quelques jours, et puis la douleur diminua beaucoup; de légers frissons se déclarèrent, et un point blanc saillant se montra sur l'ombilic; l'observateur ne paraît pas avoir recherché l'existence de la fluctuation. Peu de temps après, la tumeur s'ouvrit d'elle-même, il en sortit du pus de bonne nature. On se contenta de mettre en usage quelques applications émollientes. Cinq jours après cette ouverture spontanée de l'abcès, la tête d'un ascaride lombricoïde mort parut au dehors; on le retira, et sa sortie fut suivie de l'issue d'un peu de sang. Dans les huit jours qui suivirent, trois nouveaux vers se présentèrent et furent extraits également; mais à la suite du dernier, au lieu d'un peu de sang, on vit sortir une matière jaune, un peu fétide, semblable à celle que le malade rendait par l'anus, et que l'observateur n'hésita pas à regarder comme de la matière stercorale. Longtemps après, un autre ver vivant, le plus gros de tous, se présenta de la même manière, et après lui sortit une matière en tout semblable à celle qui vient d'être décrite. Ce ver fut le dernier; la tumeur commença à diminuer; l'induration qui l'entourait disparut peu à peu, la suppuration devint plus modérée, et enfin, il ne resta plus qu'un léger endurcissement dans le point où le sujet avait éprouvé la première sensation de brûlure, c'est-à-dire dans la région colique gauche. Les fonctions digestives s'améliorèrent rapidement, l'embonpoint revint, et l'enfant ne tarda pas à guérir (1).

Dans le fait précédent, cinq jours s'écoulèrent entre le moment de l'ouverture spontanée de l'abcès et celui où apparut au dehors le premier ver. Cette circonstance a dépendu sans doute de ce que l'ouverture était fort petite, car on ne saurait nier qu'ici encore l'abcès n'ait été causé et entretenu par le passage des vers hors de la cavité intestinale; car, d'une part, le petit malade a éprouvé cette douleur que nous regardons comme caractéristique, et, d'autre part, l'abcès est resté fistuleux jusqu'après la sortie du dernier ascaride.

L'observation qu'on va lire pourra peut-être laisser quelque doute sur la véritable nature de la tumeur que le malade a déclarée exister depuis deux ans. Il est à regretter que l'auteur n'ait rien dit sur le nombre des grossesses qui avaient pu avoir lieu, ni sur l'embonpoint actuel et précedent de cette dame. On sait en effet qu'après quelques grossesses, ou après la disparition d'un embonpoint un peu marqué, il n'est pas rare d'observer de petits éventrations, surtout à la partie inférieure de l'abdomen. La tumeur observée dans l'aine n'aurait-elle point été ainsi formée par une espèce de hernie d'une portion d'intestin, à travers un écartement des fibres musculaires, ou par un simple relâchement de ces mêmes fibres? Si cette opinion, qui nous paraît très-vraisemblable, devait être admise, on comprendrait aisément alors comment, parmi les vers qui tourmentaient ordinairement la malade, et dont quelques-uns étaient habituellement rejetés par la bouche et par l'anus, un certain nombre auraient pu s'agglomérer dans l'espèce de poche formée par l'intestin, et produire ensuite tous les accidents qui eurent lieu. Telle est notre manière de voir que le lecteur partagera peut-être après avoir examiné attentivement toutes les circonstances de ce fait intéressant.

Une dame (1), âgée de 44 ans, depuis longtemps sujette à des affections bilieuses, et tourmentée par des vers qu'elle rejetait tantôt par la bouche, et tantôt par l'anus, était atteinte d'une violente entérite aiguë. Des saignées locales, une diète rigoureuse, des boissons et des fomentations émollientes eurent bientôt fait perdre aux symptômes toute leur gravité; cependant il resta un peu de fièvre, et les douleurs, quoique moins vives, n'en persistèrent pas moins à l'aine droite. La malade déclara alors qu'elle portait, depuis deux ans, dans cette partie, une tumeur du volume d'une noix, et qui l'avait toujours gênée; du reste, elle refusa de la laisser voir. Diète, cataplasmes émollients sur cette région. Le lendemain, la tumeur, plus grosse et plus chaude qu'elle n'avait encore été, était devenue le siége de douleurs pulsatives. Le jour suivant, augmentation des symptômes, vomissements bilieux; la malade consent enfin à se laisser examiner. La tumeur avait les caractères d'un phlegmon étendu de quelques pouces sur le ventre et sur la cuisse. Dans la crainte qu'il n'y eût une hernie ancienne, on chercha à prévenir la formation du pus; mais le quatrième jour de l'inflammation, il y avait fluctuation très-apparente; et, dans l'après-midi, on observa au centre une eschare gangréneuse du diamètre d'une piastre forte. On y introduisit alors la pointe d'une lancette, et aussitôt en jaillit une matière d'une couleur gris-obscur, peu consistante, qui déchira l'eschare dans toute son étendue.

En examinant l'abcès qui venait de se vider, et dont la cavité s'étendait sous la peau du ventre et de la cuisse, et ne contenait que les parties qui occupent naturellement ce point, on y trouva un ascaride lombricoïde. L'introduction d'une sonde de femme jusqu'à l'arcade crurale donna lieu à la sortie de gaz et d'un second ver. Le coucher horizontal et en supination, des lavements émollients et des injections détersives furent prescrits; une tente de charpie, imbibée de digestif simple, fut placée dans la plaie; puis on comprima à l'aide d'une pelote que l'on fixa

(1) Archives de médecine, troisième et nouvelle série, 1838, t. I, p 481.

(1) Archives de médecine. Première série, 1828. T. XVIII, p. 99.

avec un bandage médiocrement serré. Sous l'influence de ce moyen, l'ouverture se réduisit à un trajet fistuleux par lequel sortaient quelques ascarides et des matières fécales liquides qu'on trouvait en lavant l'appareil à chaque pansement. Cinq semaines après, la fistule avait encore perdu de son diamètre, et ne paraissait plus entretenue que par les lombrics auxquels elle continuait à livrer passage. On commença donc à administrer des anthelmintiques énergiques, composés avec le mercure et des substances amères; on en arrosa la plaie et on en mouilla les pièces qui servaient au pansement; en même temps, on augmenta la compression. Quinze jours plus tard, les lombrics cessèrent de sortir; au bout de trois semaines, il ne restait plus qu'une très-petite ouverture, donnant un pus de bonne nature; enfin, dans l'espace d'un mois, la cicatrisation fut achevée, et, plus d'un an après cette époque, la dame jouissait d'une santé parfaite.

Tous les symptômes d'entérite présentés par la maladie nous paraissent avoir été complétement sous la dépendance de la grande quantité de vers contenus dans les intestins. En effet, les douleurs ont bien un peu cédé aux effets d'un traitement antiphlogistique assez énergique, mais cependant il resta un peu de fièvre, et les douleurs, quoique moins vives, n'en persistèrent pas moins là d'où un peu plus tard devaient sortir un assez grand nombre de vers, cause de tous les désordres. Ces réflexions nous paraissent complétement confirmées par le fait suivant (1).

Une femme, âgée de 60 ans, est prise tout à coup, de coliques très-vives qui persistent pendant plusieurs heures. M. Denarié est appelé, et trouve la langue rouge, le pouls petit et fréquent, la peau chaude, le ventre douloureux à la pression. Il diagnostique une entérite et prescrit un traitement en conséquence.

Le lendemain, la malade se plaint de douleurs incessantes dans le ventre, et principalement dans une tumeur qui venait de se déclarer à la région inguinale gauche. Cette tumeur offre le volume d'un œuf de poule, est rouge et chaude; on présume la formation d'un abcès. Cataplasmes. Le jour suivant, la tumeur s'ouvre sur trois parties et donne issue a trente-six vers lombricoïdes, ayant chacun la longueur de six à huit pouces. La place de la tumeur s'est alors affaissée complétement; la peau était encore rouge, enflammée et suppurante. (Cataplasmes, purgatifs huileux.) La malade a rendu soixante-six vers pareils par les selles provoquées par le purgatif. Enfin la plaie s'est cicatrisée, les souffrances se sont dissipées, et la malade guérit. Cette femme avait souvent rendu des vers lombricoïdes par les selles depuis son enfance.

Ces faits offrent de véritables exemples de diathèse vermineuse, rare surtout à l'âge que les malades avaient atteint. Nous faisons cette remarque parce que l'accident dont nous nous occupons n'a presque jamais, comme l'attestent les faits que nous avons rassemblés, été observé que sur des individus encore dans l'enfance, époque de la vie où la diathèse vermineuse, et par conséquent les accidents qui en sont la suite, sont très-fréquents. L'observation suivante en est une preuve bien remarquable (1).

Angela Janelli, âgée de cinq ans, de tempérament lymphatique, habituellement bien portante, fit une chute de la hauteur de quatorze pieds et se frappa sur le côté droit du corps. Il en est résulté une contusion de peu d'importance. Depuis cet accident, la petite fille est devenue morose et maladive pendant deux mois. Après ce temps, elle est saisie de coliques vives, de ballonnement abdominal et de constipation. Cataplasmes de laitue. Elle rend plusieurs fois des vers vivants par les selles, puis par les voies supérieures.

Ensuite une tumeur se déclare rouge et douloureuse sur la ligne blanche, à quatre travers de doigts au-dessous de l'ombilic. Cataplasme. Cette tumeur finit par s'ouvrir et donne issue à du pus et à quelques vers vivants, semblables à ceux que la petite malade avait rendus par l'anus. L'ouverture de cet abcès est restée fistuleuse; elle se ferme et se rouvre de temps en temps et donne issue à de la matière sanieuse et à de nouveaux vers. Ensuite la malade est prise d'un petit dévoiement avec fièvre; elle rend des vers continuellement en grande abondance. L'état fébrile devient habituel; voracité; l'enfant maigrit, et enfin il meurt dans le marasme. L'autopsie n'a pu être faite.

Ici la mort paraît avoir été le résultat plutôt des désordres qu'avaient subis les intestins que de la persistance de la fistule, comme semble le prouver le fait que nous allons relater, et dans lequel la vie s'est conservée, bien que la fistule eût son siége sur un point du canal intestinal très-rapproché de l'estomac, ainsi que le démontre suffisamment la nature des matières qui s'échappaient.

Magdeleine Delattre (2), du village de Beaucamp-le-Vieux, en Picardie, âgée de 7 ans, me fut amenée au mois de juin 1753. Elle avait une ascite très-manifeste; elle la portait depuis l'âge de 2 ans, à ce que m'assura son père nourricier; elle guérit en trois mois. Au printemps suivant, l'hydropisie se régénéra, et se dissipa de nouveau par les mêmes remèdes que j'avais mis en usage la première fois; mais il resta une tumeur dure et phlegmoneuse à l'ombilic. Par l'application des cataplasmes émollients, la tumeur mûrit et creva; il sortit avec le pus trois lombrics de la nature des strongles, et ensuite des matières chyleuses. Cette ouverture a continué pendant six mois à verser du pus, du chyle, et même à donner passage à des portions indigérées de nourriture, telles que des filaments de haricots verts qu'on a tirés plus d'une fois aux pansements. Il sortit de temps en temps quelques strongles; l'enfant ne s'amusait pas moins aux jeux de son âge, Enfin, après six mois, la plaie se disposant à la cicatrice, n'a plus fourni pendant dix-huit mois qu'une sérosité ichoreuse. Dans le cours de ces dix-huit mois, il est encore sorti un ver par la plaie, mais plus de matières chyleuses; ce ver était le quatorzième rendu par cette voie. L'enfant s'est bien porté depuis.

(1) Gazette médicale, 1837, p. 571.

(1) Gazette médicale, 1837, p. 571.
(2) Ancien journal, t. V, p. 100.

Dans tous les faits que nous venons de présenter au lecteur et dans ceux bien plus nombreux que nous sommes obligé d'omettre, pour ne pas trop allonger ce travail, et parce qu'ils leur ressemblent sous tous les rapports, ce sont des vers ascarides qui sont ainsi sortis des intestins; voici maintenant une observation, unique à notre connaissance, dans laquelle c'est un tœnia qui a été la cause de tous les accidents. Du reste, la maladie a suivi exactement la même marche, les symptômes auxquels elle a donné lieu ont été exactement les mêmes que dans tous les autres cas (1).

Une femme du peuple, âgée de quarante ans, d'une bonne complexion, et jouissant de la meilleure santé possible, s'aperçut, dans un petit voyage qu'elle fit à pied, d'une tumeur de la grosseur d'un œuf de pigeon, qui était située dans l'aine droite, au-dessus du ligament de Fallope. La malade prit cette tumeur pour une hernie, et appliqua en conséquence quelque emplâtre qu'elle ne put supporter longtemps, à cause de l'inflammation qui augmentait d'un moment à l'autre. La tumeur était circonscrite, rouge, très-douloureuse, avec tension et beaucoup de pulsations; les glandes inguinales n'étaient nullement engorgées. Dans cet état, la malade demanda du secours; une saignée et des cataplasmes *de micâ panis* furent les seuls remèdes que je prescrivis. L'inflammation fit bientôt place à la suppuration, qui ne s'établit pas dans toute l'étendue de la tumeur; il se forma seulement deux petits points de suppuration très-voisins l'un de l'autre, ressemblant à de petits mamelons, d'où il suintait un peu de matière purulente mal travaillée. Quoique tous les symptômes de l'inflammation eussent disparu, la malade se plaignait d'un sentiment d'ardeur, d'érosion, et par intervalles de déchirement dans la partie affectée. Je voulus faire sonder les petits trous pour en connaître la profondeur; mais la partie était trop sensible. Je conseillai de continuer l'usage du cataplasme, tant que l'ardeur et la sensibilité subsisteraient.

Dans le temps qu'elles paraissaient très-diminuées, la malade éprouva tout à coup un tiraillement très-douloureux, qui fut suivi de la sortie d'un corps étranger par un des trous. La malade et les assistants prirent pour les intestins ce corps, qui était très-long, très-délié, et continuellement en mouvement. On crut tout désespéré. Un chirurgien qui fut mandé confirma leur crainte; il assura que les intestins étaient dehors. Il déclara que la tumeur était une hernie, et que le sac herniaire étant rompu par la gangrène, avait laissé échapper les intestins. J'étais alors à la campagne; dès que je fus arrivé, j'accourus chez la malade. Les prétendus intestins étaient rentrés d'eux-mêmes dans l'abdomen à l'exception de deux petits morceaux que la malade, dans le désespoir, avait déchirés avec les ongles. Je les examinai avec attention, et je les reconnus sans peine pour des *cucurbitins*. Je soupçonnai alors le corps qui était sorti et rentré d'être un tœnia; je fis des questions relatives : les réponses de la malade et des assistants changèrent mes soupçons en certitude. Je recommandai de m'avertir à toute heure, si les prétendus intestins ressortaient.

Le lendemain, on m'appela pour me rendre témoin du même phénomène. Je m'étais muni d'une loupe, à l'aide de laquelle je reconnus un vrai tœnia vivant de l'espèce qui est découpée par anneaux. Il cherchait à s'échapper par le même trou que la veille; pour faciliter sa sortie, j'entortillai tout ce qui était dehors, c'est à dire environ une aune, autour d'un petit bâton que je roulai très-doucement pour ne pas rompre le ver. Je crus avoir réussi à le retirer en entier, parce que la portion qui sortit la dernière me parut être la tête, suivant la description de M. Andry.

Trois ou quatre jours après, il parut un second tœnia que l'on retira de la même manière par l'autre trou. Je ne vis pas celui-ci, j'étais à la campagne; on le jeta avant mon arrivée. On me dit qu'il ressemblait en tout au premier, à la longueur près. Le dernier n'avait que trois aunes, et l'autre en avait cinq.

Alors tout sentiment d'ardeur et d'érosion cessa; mais il s'en fallait bien que la malade fût guérie. La suppuration prit une mauvaise qualité, et devint plus abondante; les matières fécales les plus liquides s'échappaient par le trou d'où était sorti le dernier tœnia. Au bout d'un mois, un des trous fut parfaitement fermé et cicatrisé; l'autre resta fistuleux plus longtemps, diminua d'une manière lente de diamètre, et finit par se fermer complétement. La guérison ne s'est pas démentie.

Tels sont les faits que nous avons cru devoir rapporter pour faire connaître un accident sur lequel on n'a présenté encore que de simples observations disséminées dans les annales de l'art. Sans doute la thérapeutique ne gagnera rien au rapprochement de ces faits, mais ils pourront cependant être de quelque utilité dans la pratique, en permettant au médecin de porter un diagnostic plus sûr et par là l'empêcher quelquefois de compromettre sa réputation ou de se livrer à quelques manœuvres qui pourraient devenir préjudiciables.

Avant de résumer ces mêmes observations, nous croyons devoir rapporter un fait qui semble appartenir à l'ordre de ceux que nous étudions, et qui présente des circonstances particulières, qui, si elles ont été bien observées et bien décrites, sembleraient prouver que, même avant l'ouverture au dehors de la tumeur vermineuse, la plaie de l'intestin pourrait se cicatriser, et les vers former autour d'eux une espèce de kyste qui les isolerait des parties environnantes.

Voici cette observation :

La femme du nommé S..., âgée de 36 ans, d'un tempérament bilieux, vint me consulter (1), dans le mois de mai 1822, pour une tumeur qui lui était survenue depuis quelque temps dans l'aine gauche, sans aucune cause connue, et qui la gênait beaucoup. Bien qu'elle ne fût pas douloureuse, elle lui occa-

(1) Ancien journal, 1817, t. LVI, p. 330.

(1) Cette observation a été recueillie par MM. Pierce et Wanderbach et publiée dans : *Recueil de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires*, 1826. Tome XVIII, p. 240.

sionnait cependant une espèce de frémissement continuel qui la tourmentait et la forçait d'y porter sans cesse la main pour la comprimer, ayant remarqué qu'elle en éprouvait du soulagement.

J'examinai avec soin cette tumeur et lui trouvai des caractères très-équivoques : elle ne présentait ni chaleur, ni rougeur, ni douleur à la peau, en un mot, aucun des symptômes qui accompagnent ordinairement les phlegmasies; d'un autre côté, sa solidité et sa position un peu en dehors de l'anneau inguinal me donnèrent la certitude que ce n'était point une hernie. Je ne soupçonnai pas non plus une affection lymphatique, les parents étant parfaitement sains, et rien, du reste, n'annonçant cette diathèse chez la malade. Enfin, ne pouvant déterminer la nature de cette affection ni la cause du frémissement qui l'accompagnait, je m'en tins à l'observer pendant quelques jours, me contentant d'ordonner des bains, un régime doux et quelques légères frictions sur la partie. La tumeur resta dans le même état pendant une huitaine de jours, mais, au bout de ce temps, il se manifesta un peu de rougeur à son centre, et la malade y ressentit quelques petites pulsations. Espérant alors que l'inflammation qui paraissait vouloir se déclarer pourrait amener la fonte de cette singulière grosseur, j'employai les cataplasmes maturatifs. Au bout de quelques jours, le centre se ramollit, et je crus y sentir une légère fluctuation. Je proposai alors d'en faire l'ouverture, afin de donner issue au contenu, dont, je l'avoue, je n'aurais pu déterminer la nature, à cause de ce frémissement continuel et du peu d'inflammation qui s'était manifestée. Mais la malade s'y refusa obstinément, et je fus obligé de continuer les mêmes moyens, qui enfin, au bout de trois jours, déterminèrent une petite crevasse assez forte néanmoins pour me laisser apercevoir, à mon grand étonnement et à celui de plusieurs assistants, une masse de vers dits lombrics, repliés les uns sur les autres. Je pus obtenir alors d'agrandir un peu l'ouverture, et je retirai quinze de ces animaux, dix très-gros et très-longs, trois un peu plus petits, et deux de la grosseur d'une épingle à friser, et tous pleins de vie. Après avoir vidé la poche qui les contenait, j'en examinai attentivement les parois, afin de découvrir s'il n'existait pas une ouverture dans leur épaisseur et où elle communiquait. Je voulais me rendre compte de la formation de cette poche et de l'existence de ces vers, mais je n'en trouvai aucun : le kyste, loin de paraître dépendre d'une rupture intestinale, était au contraire très-uni, très-lisse, ne contenait point de sérosité et ne portait aucune trace d'inflammation. Le fond du kyste et la plaie extérieure furent traités méthodiquement. La malade fut parfaitement guérie au bout de trois semaines, et pendant un an que je fus à même de la voir, elle n'éprouva aucune apparence de récidive.

Cette observation, publiée d'abord en 1826 dans le journal que nous avons indiqué, fut plus tard, en 1836, adressée à la Société médicale de la Loire-Inférieure (1), par l'auteur, qui posait les deux questions suivantes : 1° Les vers ont-ils été engendrés dans l'endroit même qu'ils occupaient? En ce cas, quels ont pu être la cause et le principe de leur développement? 2° Ou bien auraient-ils traversé les parois des intestins et les enveloppes du bas-ventre, à la suite de quelque inflammation latente, et les ouvertures se seraient-elles cicatrisées ensuite?

Quant à la première question, on sait aujourd'hui que les meilleurs helminthologistes rejettent toute génération spontanée par rapport aux vers intestinaux. Reste donc la seconde explication que semblent justifier les observations que nous avons rapportées et qui fut admise par plusieurs membres de la société au sein de laquelle l'observation de M. Wanderbach souleva une discussion fort intéressante. L'un des membres de cette société, M. Ménard, cita trois cas analogues qu'il avait observés dans sa pratique, et dont un offre, sous le rapport du diagnostic, un symptôme particulier que nous devons noter avec soin. Un homme âgé de 40 ans, atteint d'une affection intestinale aiguë, portait une tumeur rénitente sur laquelle on appliqua et des sangsues et des cataplasmes émollients. Le malade se trouva mieux, la tumeur mollit, et huit jours après, M. Ménard, qui voyait le malade avec son collègue M. Bacqua, ayant aperçu une crépitation emphysémateuse, acquit la certitude que la tumeur contenait des vers. M. Ménard pratiqua une très-petite ponction qui donna lieu à la sortie d'une humeur séro-sanguinolente, lactée, puis à plusieurs ascarides lombricoïdes. Deux jours après, une nouvelle ponction fit sortir plusieurs autres entozoaires.

Ainsi donc tout prouve que dans l'observation de M. Wanderbach les choses se sont passées de la même manière que dans toutes celles que nous avons citées. Mais quant à l'occlusion du kyste, il est plus difficile d'en donner une explication satisfaisante; cependant une remarque faite par M. Mérat, dans son article *vers* du grand Dictionnaire de médecine (1), pourrait peut-être faire arriver à cette explication.

« Les vers contenus dans les intestins, dit cet observateur, sont parfois renfermés dans une espèce de poche ou sac muqueux, où ils paraissent vivre avec autant de facilité que lorsqu'ils sont libres, preuve indubitable qu'ils ne se nourrissent que de mucosités. On a prétendu qu'ils filaient cette poche ou sac comme le ver-à-soie filait sa coque, et l'araignée sa toile, ce qui est une erreur ; c'est seulement à l'agglutination et à la viscosité de ces animaux qu'elles sont dues. On voit parfois sortir de ces nids vermineux qui peuvent acquérir le volume d'une balle de paume, et, en les ouvrant, on y reconnaît des vers très-nombreux qui ont crû et perpétué dans ces langes muqueux avec facilité. Il paraît que, dans quelques occasions, ils percent cette enveloppe pour devenir libres, et que celle-ci est rendue vide, ce qui en a imposé et fait croire que c'étaient des vers mêmes ramollis, putréfiés, décomposés, etc. »

Ne pourrait-on pas dire que, dans l'observation de M. Wanderbach, les vers, une fois parvenus dans

(1) Gazette médicale, 1836, p. 732.

(1) Dict. en 60 vol., t. LVII, p. 218.

l'épaisseur des parois abdominales, se sont enveloppés de cette poche décrite par M. Mérat, et que cette espèce de kyste aurait fait l'office du tampon que l'on emploie ordinairement pour guérir les fistules intestinales. Alors la perforation des intestins aurait été guérie soit par le rapprochement de ses bords qui se serait fait derrière l'obstacle naturel, ainsi formé à l'écoulement des matières intestinales, soit par une sorte d'organisation de la paroi postérieure du kyste, véritable autoplastie naturelle. Quelle que soit l'explication qu'on adopte, quelle que soit l'opinion que l'on se fasse du cas curieux que nous avons relaté, le fait en lui-même n'en est pas moins fort intéressant, et à cause du mode de terminaison, et à cause du nouveau symptôme signalé par l'auteur et qui a de l'analogie avec celui observé par M. Ménard. Espérons que des faits ultérieurs, observés avec plus de soin, éclaireront tout à fait cette question qui intéresse tout à la fois et la physiologie et la pathologie.

En résumé nous dirons :

1° Il n'est pas très-rare de voir se former sur un point quelconque de l'abdomen, mais surtout vers les régions inguinale et ombilicale, des tumeurs qui, venant à s'ouvrir, laissent échapper des vers ascarides en plus ou moins grand nombre.

2° Ces tumeurs ne se montrent que chez des individus atteints de diathèse vermineuse, et qui rendent habituellement des vers par les voies supérieures et inférieures : il suit de là que les enfants, étant plus sujets que les adultes à cette même diathèse, doivent aussi être plus fréquemment atteints de l'accident dont nous parlons ; c'est ce que démontre l'observation.

3° Les vers agglomérés en nombre plus ou moins grand, et réunis en boule, sont la cause première des accidents qu'ils produisent ici d'une manière toute mécanique, en dilatant un point de l'intestin, irritant et enflammant ensuite les tissus environnants : d'où formation d'une tumeur qui se termine par suppuration.

4° Ces tumeurs sont toujours précédées, et ceci est un symptôme caractéristique, de douleurs plus ou moins vives dans le point des intestins correspondant exactement à celui des parois abdominales où elles se montrent.

5° Avant de s'ouvrir au dehors, elles deviennent souvent le siége de sensations particulières qui peuvent aider au diagnostic. Ainsi notre malade a éprouvé dans l'intérieur de celle qu'elle portait un frémissement particulier observé également par M. Wanderbach ; M. Ménard y a remarqué une crépitation emphysémateuse ; d'autres malades y ont éprouvé des picotements et des ponctions.

6° Leur formation est souvent aussi précédée de tous les symptômes d'une gastro-entérite plus ou moins intenses et de nausées qui pourraient peut-être s'expliquer par le contact des vers sur les parois des intestins.

7° Ces tumeurs se terminent toujours par suppuration ; quelquefois il se forme à leur sommet une eschare gangréneuse plus ou moins étendue, qui nous paraît dépendre du mélange de quelques matières intestinales avec le pus de l'abcès.

8° Soit que ces tumeurs soient ouvertes avec le bistouri, soit qu'elles s'ouvrent d'elles-mêmes, et alors il se forme un ou plusieurs petits trous, comme par usure, il sort d'abord un peu de pus, et bientôt on voit apparaître un ou plusieurs vers isolés qui se détachent de la masse principale ; souvent aussi la pelote de vers est expulsée en bloc, et alors on voit sortir des matières intestinales presque immédiatement.

9° Ces abcès une fois ouverts, soit spontanément, soit par l'art, dégénèrent en vraies fistules intestinales qui ne guérissent qu'après la sortie complète des vers. Mais aussitôt que cette sortie a eu lieu, on voit la tumeur s'effacer, l'ouverture se rétrécir, ses bords se rapprocher, et la guérison ne tarde pas à être parfaite.

10° Les vers ascarides sont presque les seuls qu'on ai ainsi vu sortir de ces tumeurs ; cependant nous avons rapporté une observation dans laquelle un tœnia a été cause de tous les accidents dont la marche et les symptômes sont restés les mêmes que dans tous les autres cas.

11° Un seul fait à nous connu semblerait devoir porter à croire que les vers, après être sortis des intestins, et une fois parvenus dans l'épaisseur des parois abdominales, pourraient s'entourer d'une espèce de kyste qui, les isolant de la cavité intestinale, permettent aux parties déchirées de se cicatriser derrière lui, de sorte qu'à l'ouverture de la tumeur, on ne voit sortir qu'un peu de pus et des vers, mais rien qui ressemble aux matières contenues dans les intestins, dont la perforation ne peut être retrouvée.

12° Le traitement consiste uniquement dans l'emploi de cataplasmes émollients ou maturatifs, à ouvrir la tumeur, à faciliter la sortie des vers, après laquelle la guérison a lieu d'une manière spontanée.

Il est quelques cas cependant, et nous en avons rapporté deux ou trois de cette espèce, dans lesquels on a avec avantage recouru aux purgatifs et à des médicaments vermifuges. Une compression modérée serait encore dans quelques cas employée avec succès pour obtenir plus promptement la guérison de la fistule.

---

*De la diathèse purulente ;* par M. J. P. Tessier.

J'entends par *diathèse purulente* une modification de l'organisme caractérisée par la tendance à la production du pus dans les solides et dans les liquides coagulables de l'économie.

Or, la diathèse purulente se manifeste sous trois formes différentes que j'appellerai : 1° fièvre purulente ; 2° phlegmasies purulentes ; 3° état purulent. Ces trois catégories comprennent dans leur généralité presque tous les cas. Je dis presque : en effet, il arrive quelquefois que la fièvre purulente, après avoir pendant quelque temps revêtu les caractères qui lui sont propres, devienne une phlegmasie purulente ; souvent on voit une maladie que l'on pourrait ranger parmi les phlegmasies purulentes, être métamorphosée en fièvre purulente, enfin l'état purulent peut être suivi de fièvre purulente ou de phlegmasie pu-

rulente proprement dite. Il est bon de ne pas attacher à la classification que je propose d'autre valeur que celle de permettre une exposition claire et précise des faits dans leur généralité. Les cas particuliers pouvant se multiplier à l'infini, il faut savoir faire la part de la pathologie et de la clinique, et ne pas sacrifier la clarté de la première à l'étendue de la seconde, ne pas faire en un mot autant de catégories pathologiques qu'il y a d'observations cliniques. Je vais successivement exposer l'histoire de la fièvre purulente, des phlegmasies purulentes et de l'état purulent.

Je prie le lecteur de me dispenser de définir la fièvre purulente; parce que mon intention n'est pas ici de produire un traité de pathologie générale, et que la définition du mot fièvre m'entraînerait dans des discussions préliminaires sans fin. J'entends comme tout le monde, par fièvre, cet état général que l'on ne peut expliquer ni par une lésion locale d'un tissu, d'un organe, d'un parenchyme, ni par une altération d'un liquide quel qu'il soit, état général toutefois avec lequel apparaissent diverses altérations des liquides et des solides. Par fièvre purulente en particulier, j'entends cet état fébrile avec lequel apparaissent d'emblée des suppurations brusques dans quelques parties du corps.

Du reste, après l'exposition des faits, nous reviendrons sur les généralités, ce qui sera beaucoup plus clair.

## CHAPITRE PREMIER.

### *De la fièvre purulente.*

#### ARTICLE PREMIER.

Lorsqu'on voit un malade dans un état de faiblesse et d'indifférence complète, accusant à peine quelques douleurs vagues ou fixes; s'il s'amoindrit visiblement, s'il change promptement de figure, et que la peau de sa face comme celle de son corps perde en partie non-seulement sa transparence, mais sa coloration naturelle pour devenir mate, sale et quelquefois ictérique, si ses traits ne s'harmonisent plus et produisent par leur désaccord l'expression de l'anéantissement; si des frissons habituels et intermittents viennent agiter convulsivement ce corps terne et livide, et font place à des sueurs froides répandues à la surface d'une peau sans élasticité et sous laquelle le pouls frémit plutôt qu'il ne bat; en quelque circonstance que ce soit, au début, dans le cours, à la fin d'une maladie, à la suite de blessures, à la suite de couches, on peut affirmer qu'il y a fièvre purulente.

C'est là le type de la maladie, c'est là ce qui la fait reconnaître du premier coup d'œil et empêche de la confondre avec les autres affections fébriles. Mais cette fièvre n'est point toujours aussi nettement dessinée; aussi échappe-t-elle souvent, non qu'elle change totalement de figure, mais parce qu'un ou deux de ses traits manquent ou sont presque insensibles; surtout elle est et sera toujours méconnue de ceux qui la font consister en de violents frissons suivis de symptômes ataxo-adynamiques, et pour lesquels une maladie n'est que tel ou tel symptôme de cette maladie, et non ce qu'elle est réellement, c'est-à-dire un ensemble, une modification générale de l'économie qui se révèle au médecin exercé, lorsque son attention a été éveillée par l'un quelconque des phénomènes énoncés. Or, la fièvre purulente se montre à la suite d'un accouchement, d'une plaie, d'une contusion, d'une brûlure, d'une opération grave ou légère; tantôt elle débute d'emblée comme toute autre maladie interne, tantôt elle s'ajoute comme complication à une maladie préexistante. N'est-ce point assez dire que son début sera souvent fort obscur, soit que ses premiers phénomènes se mêlent à ceux de l'affection primitive, soit qu'elle simule une autre maladie, comme un rhumatisme ou une phlegmasie franche, une gastro-entérite, un érysipèle, et que, peu habitués que nous sommes à voir dans cet état morbide une fièvre *sui generis*, nous nous hâtions de l'attribuer à quelque influence problématique, ou que nous nous contentions de constater un état grave, un état typhoïde, comme si grave ou typhoïde signifiaient quelque chose de précis.

Son début a cela de remarquable, c'est que tantôt il a lieu avec une bénignité extraordinaire, que tantôt au contraire il présente une violence pareille à celle des péritonites par épanchement. Les cas les plus fréquents sont entre ces deux extrêmes; beaucoup participent des deux également, c'est-à-dire que la maladie, après une bénignité très-grande de quelques jours de durée, acquiert subitement son plus haut degré d'intensité; et c'est sur ce fait particulier, exagéré et généralisé, que l'on a bâti le roman symptomatologique de la phlébite, en ayant soin d'adapter les périodes symptomatiques aux évolutions de l'inflammation veineuse.

Quel que soit son début, quelles que soient les circonstances dans lesquelles elle apparaît, la maladie affecte ou le type de fièvre continue ou le type de fièvre continue rémittente. Quand elle dure plusieurs semaines, les rémissions sont en général bien tranchées, et il est rare qu'elles ne soient pas remarquées par les médecins, à part même toute idée de purulence.

La maladie peut se terminer par la mort ou par la guérison; la guérison est le fait exceptionnel dans les hôpitaux. Lorsque la fièvre purulente a duré longtemps et qu'elle tend à se terminer par la guérison, les phénomènes fébriles diminuent ou cessent tout à coup; mais les différentes parties du corps, celles surtout qui ont été le siége de collections ou d'infiltrations purulentes, reprennent difficilement leurs fonctions : quelquefois l'amélioration la plus considérable n'est qu'un leurre pour le malade et le médecin, et les accidents, qui avaient paru cesser, redoublent tout à coup d'intensité.

La mort varie chez les différents sujets : tantôt elle est précédée d'une agonie tranquille de quelques heures, tantôt elle arrive par une syncope; dans quelques cas, le malade en proie à un violent délire s'agite, crie, veut se lever, il semble qu'il ait encore beaucoup de forces; mais le pouls diminue progressivement, devient même insensible et l'on est tout étonné quand la mort survient brusquement dans un mouvement, dans un effort.

Il est fort important de savoir comment le malade est mort pour ne pas confondre les désordres que le genre de mort produit sur la circulation avec ceux que produit la maladie elle-même.

Dans le cours de cette maladie, le sang peut être transformé en pus, et alors la transformation est générale ou partielle; elle a également lieu dans les vaisseaux sanguins ou lymphatiques isolément ou simultanément; souvent la suppuration se fait seulement dans les tissus ou les parenchymes. De là ce pus floconneux que l'on a rencontré dans le torrent circulatoire, ces caillots suppurés du cœur et des gros vaisseaux, ces phlébites si fréquentes, ces arthrites purulentes, enfin ces foyers répandus dans tous les points de l'économie, foyers dont on a décrit une variété sous le nom d'abcès métastatiques.

La mort peut avoir lieu avant que la transformation du sang en pus ait parcouru toutes ses périodes; aussi arrive-t-il que les autopsies ne fassent rencontrer aucune trace de pus formé chez des individus qui pendant la vie avaient présenté tous les symptômes de la fièvre purulente. Mais alors on constate un acheminement vers la suppuration dans le sang du cœur et des gros vaisseaux, ou dans la circulation capillaire. Dans les cas ordinaires, on trouve le travail de suppuration à différents degrés dans les différents points de l'organisme, et dans les différents points des organes eux-mêmes.

### ARTICLE DEUXIÈME.

## *Anatomie pathologique de la fièvre purulente.*

### § 1er Des veines.

Les parois veineuses ont deux couches de vaisseaux capillaires; la première est appliquée sur la membrane fibreuse qu'elle isole de la gaîne celluleuse, ou, si l'on veut, qu'elle unit à cette gaîne. La seconde couche constitue le réseau sous-séreux qui tapisse la membrane interne des veines, de même qu'un réseau de vaisseaux capillaires tapisse l'extérieur de toutes les membranes séreuses. Ces couches capillaires communiquent entre elles par des anastomoses, mais chacune a une destination et une distribution spéciales.

Toutes deux peuvent s'enflammer, toutes deux peuvent suppurer simultanément, successivement ou isolément dans la fièvre purulente. Or, ce sont ces suppurations de quelques veines, soit des troncs, soit des rameaux, soit des radicules qui ont fait rattacher la maladie dont je m'occupe à une phlébite, parce que les auteurs de cette explication ont cru que l'inflammation veineuse était constante dans la fièvre purulente, tandis que cette inflammation ne s'observe que dans la moitié des cas ou un peu plus. Du reste, cette fréquence de la phlébite et sa coïncidence avec la fièvre purulente sont très-variables; tantôt on l'observe dix ou quinze fois de suite, et une autre année, une autre saison, on cesse de l'observer sans que les symptômes de la fièvre purulente aient, en se modifiant, pu faire prévoir un pareil changement de siége. Souvent dans la même saison, par les autopsies, on constate alternativement la présence ou l'absence de phlébite.

Pendant cinq années, je me suis livré à ces recherches, et le rapport de coïncidence exprimé plus haut est le résultat des faits nombreux qui se sont passés sous mes yeux. Je dois dire que les médecins qui voient la fièvre purulente seulement là où ils rencontrent une phlébite tournent dans un cercle vicieux, parce qu'ils ne définissent point la fièvre purulente. Ils ne peuvent connaître le rapport de coïncidence qui existe entre la fièvre purulente et la phlébite, puisque, suivant eux, la phlébite seule engendrant la fièvre purulente, celle-ci suppose toujours celle-là.

Le rapport de coïncidence n'est pas mieux établi par les phlébites osseuses ou capillaires que par les phlébites communes; seulement c'est un élément de plus à ajouter à la solution de la question. Toujours est-il que, pour établir la coïncidence constante, il aurait fallu démontrer que toute phlébite coïncide avec une fièvre purulente, et réciproquement que toute fièvre purulente coïncide avec une phlébite. Pour cela il fallait commencer par préciser bien rigoureusement les symptômes et la marche, en un mot le caractère de la fièvre purulente, et d'un autre côté préciser les caractères de la phlébite purulente. Or c'est ce que personne n'a fait, et c'est précisément en faisant ce travail de vérification que j'ai été amené au rapport de coïncidence entre la phlébite et la fièvre purulente, rapport qui équivaut à 0,5 ou 0,6. M. Velpeau, en vérifiant ce rapport dans les circonstances où un foyer de suppuration existait, et par conséquent dans une particularité de la fièvre purulente a rencontré treize fois la fièvre purulente en l'absence de toute phlébite, et cela dans un court espace de temps. (Velpeau, *Médecine opér. Introd.*)

De ce que les veines dans l'état sain ont pour fonction de ramener le sang au cœur, on est disposé à croire que dans l'état pathologique elles auront pour fonction de charrier le pus, en supposant que les fonctions sont indépendantes des modifications organiques, et sans réfléchir que l'idée de veine qui implique l'idée d'une circulation, est toute différente de l'idée de phlébite qui implique l'idée de phlegmon et partant d'abolition des fonctions de l'organe enflammé. Enfin, la coïncidence du pus trouvé dans le sang et du pus trouvé dans les phlébites a fait conclure que le premier n'était que le second déplacé, transporté, exactement comme on supposait autrefois que l'air passait des bronches dans les artères et le cœur, parce que l'on constatait une coïncidence entre la présence de l'air dans les poumons et la vacuité du système artériel après la mort. Alors on raisonnait aussi sur des faits et même sur de grandes séries de faits. Alors comme à présent, on partait d'une vérité pour aboutir à une erreur.

Ce qu'il y a de particulier dans la phlébite et ce qui distingue cette inflammation de celles des parenchymes, c'est que le dépôt qui doit être transformé est collecté de prime abord dans une cavité, au lieu d'être infiltré dans les mailles de la trame organique; et comme ce dépôt est un caillot sanguin, on se demande si ce caillot a été exhalé par les parois, ou s'il est simplement le résultat de la stase et par suite de la coagulation du sang veineux dans le foyer,

enfin, si un caillot sanguin, et celui-ci en particulier, est susceptible de la même élaboration que la sérosité sanguinolente ou le sang infiltrés dans les tissus enflammés.

Rien n'est plus simple, en suivant l'ordre même des découvertes, que de résoudre toutes ces questions. Qu'est-ce que notre phlébite, si ce n'est l'œdème douloureux, l'œdème érysipélateux, la *phlegmasia alba dolens* des anciens. Le mécanisme de la formation des œdèmes et des hydropisies, démontré par M. Bouillaud, n'est-il pas le lien entre l'idée d'œdème douloureux et l'idée de phlébite? Mais quelle est la condition de ce mécanisme, sinon l'obstacle à la circulation. C'est lui qui établit la relation de cause à effet entre la phlébite et l'œdème. Il y a donc une solution toute faite du problème de l'oblitération des veines.

Réfléchissons maintenant que toute inflammation décroît du centre à la périphérie du foyer inflammatoire, et nous saurons que toute phlébite suppurée sera toujours limitée par une phlébite adhésive, que par conséquent le pus sera toujours séquestré, toujours dans l'impossibilité de franchir la barrière qui le sépare du torrent circulatoire.

Mais, dira-t-on, ce pus contenu, séquestré dans la cavité d'une veine, que deviendra-t-il? ou il sera absorbé, ou il détruira la paroi veineuse, ou il percera la fausse membrane qui l'isole du torrent circulatoire et passera dans le sang. Voilà trois hypothèses qui paraissent également légitimes. En effet, déduites de l'histoire de l'inflammation, les deux premières ont reçu la sanction de faits nombreux, tandis que tous les faits sans en excepter un seul, et pour ma part j'en puis invoquer au moins cent, tous les faits, dis-je, infirment la dernière, celle du mélange du pus au sang par la rupture ou la disparition de la partie adhérente. Et il n'en pouvait pas être autrement. Il est plus facile au pus de passer du centre du fémur par exemple à la peau que de franchir l'adhérence qui l'isole du sang dans la phlébite, sauf le cas de violence mécanique.

Cette proposition ne peut surprendre personne si l'on réfléchit au mécanisme de l'ouverture spontanée des collections purulentes, quelles qu'elles soient.

Or ce mécanisme se déduit de la théorie des corps étrangers (le pus étant considéré comme corps étranger, et partant comme cause d'inflammation), du mode de propagation de l'inflammation par les couches de vaisseaux capillaires, de l'oblitération des capillaires par l'inflammation, de la mort des tissus dont les capillaires sont oblitérés, et de la dissolution des tissus morts.

La première barrière que le pus doit franchir, c'est le kyste purulent. Or le kyste purulent cède là seulement où il est en contact avec un tissu malade, là où les évolutions de son organisation sont entravées par l'état du tissu ambiant, là où les conditions de son développement n'existent pas. Or ce point que le pus franchira se trouve toujours dans le lieu où l'inflammation a produit les plus grands désordres, et non pas dans le lieu où elle n'en a produit aucun; par conséquent, il ne sera jamais dans la partie d'une phlébite qui, limitant le foyer inflammatoire, se trouve à la fois dans la portion saine de la veine par une de ses faces et par l'autre dans la portion la moins malade. Que si l'inflammation s'étend et franchit l'adhérence, comme elle ne se propage qu'à la condition d'oblitérer d'abord tout ce qu'elle atteint, elle n'aboutira qu'à reculer la barrière qui doit séquestrer le pus.

Chez les sujets qui ont succombé à la fièvre purulente, les veines enflammées se présentent avec une forme cylindrique, une résistance et une coloration insolites. Leur calibre augmenté, leur direction plus roide, la tension de leurs parois fixent d'abord l'attention. Pour arriver jusqu'à elles, le bistouri traverse un tissu cellulaire infiltré d'une sérosité de qualité et d'aspect variables; au lieu de cette infiltration, on peut rencontrer un phlegmon diffus. Après avoir incisé les parois de ces canaux, on trouve leur cavité remplie soit par du sang coagulé, soit par du pus, soit par une substance jaunâtre semi-liquide, pulpeuse, qui ne ressemble ni au pus ni à la lymphe plastique. Quelquefois ces matières se rencontrent alternativement dans la même veine, à de petites ou de grandes distances. On voit encore, mais rarement, une partie de la veine détruite dans un ou plusieurs points permettre au dépôt contenu dans sa cavité de communiquer avec le pus collecté dans le tissu cellulaire ambiant. Enfin, aux limites de l'inflammation, soit du côté du cœur, soit du côté des extrémités, il existe toujours une adhérence qui séquestre le foyer pathologique et l'empêche de communiquer avec le sang.

L'histoire anatomique de la phlébite ne sera faite qu'autant que nous aurons décrit l'ordre de succession de tous ces phénomènes.

### *Parois veineuses.*

Dès le début des phénomènes inflammatoires, la coloration des parois veineuses est modifiée par l'injection des capillaires en dehors, et en dedans par une teinte brune que l'on a considérée comme le résultat de l'imbibition du caillot intra-veineux. Ce qu'il y a de certain, c'est que le petit nombre de vaisseaux injectés que l'on peut apercevoir est insuffisant pour donner cette coloration. Mais en est-il de même du tissu sous-séreux? Il peut être déjà infiltré et coloré par le sang, et la transparence de la membrane interne peut alors nous faire admettre, comme effet d'imbibition, les premiers phénomènes de l'inflammation. En effet, déjà les parois raréfiées ont acquis plus d'épaisseur, et, si elles ne sont pas, ainsi qu'on l'a dit, *artérialisées*, au moins tendent-elles vers cette modification. Plus tard, lorsque la suppuration a lieu dans les parois comme dans la cavité de la veine, les phénomènes de coloration changent, et la teinte blanche, grise ou jaunâtre du pus remplace la teinte rouge du sang. Ajouter que souvent dans une même veine enflammée on rencontre successivement par plaques les deux teintes, c'est seulement exprimer que l'inflammation n'a pas marché simultanément et identiquement dans tous les points.

La membrane interne des veines subit plusieurs modifications aux différentes périodes de l'inflammation veineuse. Au début, elle se laisse facilement

détacher de la tunique moyenne, déjà elle est plus friable ; plus tard son épaississement devient manifeste. Dans plusieurs des points suppurés, on voit quelquefois le pus des parois communiquer avec le pus de la cavité de la veine par des solutions de continuité de la membrane interne ; celle-ci forme parfois un diaphragme bien fragile entre les deux collections, et le pus ne tarde pas à dissoudre cette faible barrière. La surface interne de la veine plissée en long et en large peut offrir un aspect raboteux, inégal et véritablement chagriné. Cette disposition toutefois n'est pas constante ; elle est plus marquée dans les grosses que dans les petites veines, à la fin qu'au début de l'inflammation. Enfin, les valvules conservent habituellement leur coloration avant que le pus ne soit formé ; mais après ce moment, elles blanchissent et deviennent opaques et très-friables. On les trouve quelquefois placées de champ dans la cavité des veines sans que ce redressement soit le résultat d'un soulèvement mécanique. Il semble plutôt dû à la rétraction des parois veineuses.

Il n'est pas rare de rencontrer par plaques, sous la membrane interne des veines, une couche de sang demi-coagulé ; ce qui est constant, c'est l'infiltration, l'épaississement et la friabilité de la tunique moyenne. Cette membrane, habituellement si souple, ne s'affaisse plus par son propre poids, et elle tire, non pas sa force de cohésion, car elle l'a en partie perdue, mais sa rigidité de son épaississement. Cette rigidité remplace l'élasticité dont elle jouit dans l'état sain. L'infiltration sanguine et purulente se succèdent dans l'épaisseur des parois de la veine, et peuvent en amener la dissolution. La gaîne celluleuse, ordinairement épaisse et friable, participe à l'inflammation. Celle-ci y existe à différents degrés, depuis la simple injection, jusqu'à la collection purulente.

### *Caillot intra-veineux.*

Une seule fois j'ai pu voir une veine enflammée à une époque assez rapprochée du début de l'inflammation, pour que la cavité veineuse ne fût point encore oblitérée par un caillot sanguin (l'observation dans laquelle ce fait est décrit sera jointe à ce mémoire). Aussi ai-je vérifié maintes fois l'exactitude de cette proposition de M. Cruveilhier, le premier effet de la phlébite est l'oblitération de la veine par un caillot. Ce coagulum est d'ailleurs tout à fait semblable au caillot qui remplit la cavité d'une artère liée, au-dessus de la ligature ; il est noir, consistant, cylindrique, et s'écrase entre les doigts. Dépend-il simplement de la coagulation du sang dont le cours est entravé par l'inflammation, ou ce sang est-il exhalé par les parois de la veine ? J'avoue qu'une semblable exhalation me paraît à priori inadmissible. En effet, 1° voit-on une séreuse quelconque, si vasculaire qu'elle soit, fournir, chaque fois qu'elle est enflammée, des caillots fibrineux noirs et consistants comme ceux que l'on rencontre constamment dans la phlébite qui débute ; pourquoi entre deux suppositions choisir celle que rien ne justifie ? 2° L'hypothèse de l'exhalation du caillot ne résiste pas à la moindre vérification. Toutes les fois que j'ai irrité une veine par un procédé quelconque, mécanique ou chimique, le sang s'est immédiatement coagulé. Cela est tellement constant que l'injection d'ammoniaque dans les veines produit la dissolution du sang partout, excepté dans la veine dont il a enflammé la surface interne par son contact immédiat au moment de l'injection. Or, le sang est coagulé aussi loin que l'ammoniaque a pu enflammer le vaisseau. Par les procédés mécaniques, le résultat est aussi constamment le même ; seulement il ne faut pas attendre, pour examiner la veine, que la transformation du sang soit presque achevée, et que ce liquide soit devenu méconnaissable. Enfin je ne connais pas de question plus oiseuse à résoudre que celle-là. En effet, que le caillot ait été exhalé, ou qu'il se soit formé par la coagulation du liquide en contact avec la partie veineuse enflammée, qu'en peut-on conclure ? Rien, si ce n'est qu'il existe un caillot ayant les propriétés de tous les caillots, actuellement en rapport de toutes parts avec un tissu vivant.

Or, ce caillot sanguin, au moment où il se forme, jouit en général de toutes les propriétés physiologiques du sang ; en effet, il est transparent, coagulable, et susceptible de contracter adhérence avec le tissu ambiant.

Ce qui nous reste à étudier, ce sont les phénomènes qui vont signaler d'une part sa mort et sa décoloration, c'est-à-dire sa transformation en pus ; d'autre part, son organisation aux limites du foyer purulent d'où résultera la séquestration du pus et l'impossibilité du passage de ce liquide avec le sang dans le torrent circulatoire.

Est-il besoin de dire que je suppose pour la description que le sang en masse n'est point encore altéré. Je me réserve d'indiquer la différence que la préexistence de cette altération imprime aux phénomènes d'organisation.

Voici comment se comporte habituellement le sang qui se coagule. Il se prend en gelée ; cette gelée est entourée de toutes parts par une surface lisse, laquelle surface lisse présente de suite un aspect membraniforme. Or, cette surface fait communiquer l'intérieur du caillot avec les corps placés extérieurement à lui. Le caillot tend aussitôt à se rapprocher, à se condenser, en exprimant la partie aqueuse qu'il contient et cette partie aqueuse s'écoule de tous côtés à travers la pellicule membraniforme extérieure. Celle-ci, après cette séparation, devient plus solide par la condensation de ses éléments, témoin certaines couennes inflammatoires que le doigt rompt avec difficulté. Or, pour que la séparation des deux éléments du caillot ait lieu, il faut que la sérosité soit résorbée par le tissu environnant. Pendant que l'absorption a lieu, la stratification du caillot s'opère ; une circulation nouvelle établit entre le tissu organisé et le caillot qui s'organise une communication qui rend leur adhérence de plus en plus solide et leurs connexions de plus en plus intimes. Mais pour que ces phénomènes se passent, il faut que le tissu ambiant soit sain ; or, tel n'est pas le cas d'une veine enflammée dans les parois de laquelle les capillaires (*vasa vasorum*), presque tous oblitérés, entravent l'absorption, et où par conséquent l'adhérence sera d'autant moins possible que l'inflammation de la paroi veineuse sera plus désorganisatrice. Qu'arrivera-t-il alors ? La portion du caillot située dans le foyer pathologique ne pourra ni se stratifier,

ni contracter une adhérence solide, tandis que le caillot qui se trouve aux limites du foyer s'organisera de plus en plus, à moins qu'une nouvelle secousse inflammatoire ne recule le terrain de ce double phénomène d'organisation et de désorganisation.

Il ne faudra donc pas s'étonner si l'on ne trouve point constamment une fausse membrane sur les parois veineuses dans les points où elles sont suppurées. L'important est, quand cette fausse membrane existe, de constater qu'elle est formée par la pellicule extérieure du caillot primitif; ce qui est facile en procédant des limites du foyer vers le centre, c'est-à-dire du caillot obturateur vers le foyer purulent.

Les phénomènes de désorganisation comprennent non-seulement la transformation du sang en pus, mais encore tout ce qui se rattache à cette transformation. De ce qu'au centre du foyer les parois veineuses sont profondément altérées par l'inflammation et que dans leur épaisseur les mouvements des liquides ne ressemblent plus aux mouvements qui s'y passent dans l'état sain; de ce que l'absorption est entravée par la stase du sang et l'oblitération des vasa vasorum capillaires; de ce que l'exhalation dans la cavité de la veine comme entre ses tuniques est troublée dans sa quantité et dans sa qualité, il résulte que le caillot sanguin en contact avec le tissu affecté de pareils désordres se trouve placé dans des conditions où les propriétés vitales troublées, sinon encore anéanties, n'auront sur lui aucune influence organisatrice ou même conservatrice. Aussi trouve-t-on les phénomènes de transformation partout où l'organisation n'est plus possible et voit-on arriver en même temps la désorganisation des parois et celle du caillot contenu dans leur cavité; là où existent les traces d'une lutte entre l'organisation et la désorganisation, on peut dire qu'il existe une connexion intime entre l'état des parois de la veine et l'état du caillot, connexion d'ailleurs entièrement subordonnée au caractère et à la marche de l'inflammation.

Suivant donc que les phénomènes de l'inflammation se succéderont avec plus ou moins de rapidité, la pellicule extérieure du caillot se formera plus ou moins complétement. Or, si nous examinons une phlébite actuellement suppurée en quelques points seulement, voilà ce que nous trouvons :

Du pus avec ses caractères de couleur, de liquidité, ses globules opaques et irréguliers, puis autour un liquide excessivement noir, formé par du sang dissous complétement mat, dont on ne voit les globules qu'après l'avoir délayé dans une très-grande quantité d'eau, et dont les globules déjà ternes et légèrement irréguliers ne présentent plus la régularité de contour et la transparence des globules du sang. Entre ce liquide noir et le pus existe un liquide de couleur brun marron ou chocolat qui établit la transition entre le pus formé et le sang noir qui sera transformé en pus; les globules de ce liquide sont semblables à ceux du pus : mais pour les voir distinctement, il faut l'étendre d'une plus grande quantité d'eau que cela n'est nécessaire pour le pus lui-même.

Ainsi qu'on le voit dans ce cas, la déformation des globules et la décoloration du sang se font en même temps. D'autres fois la décoloration précède et même de beaucoup la liquéfaction purulente, et on trouve dans la cavité de la veine une pulpe grisâtre, molle, tachetée de jaune ou de rouge, sans transparence, dont l'eau désassocie facilement les éléments sans les dissoudre. Dans cette pulpe, par places, on trouve déjà du pus liquide; on la voit par une liquéfaction progressive arriver à l'état purulent. Alors le pus liquide se trouve à l'intérieur ou à la superficie.

Dans le cas où l'inflammation purulente marche avec beaucoup de rapidité, le caillot est mou et gorgé de liquide; dans les cas au contraire où la désorganisation marche très-lentement, il est dur et généralement décoloré. Or, tantôt cette décoloration est plus grande à la surface qu'au centre, tantôt le contraire a lieu. L'intérieur du caillot contient même encore quelquefois des lames de sang, dont la rougeur, la transparence et l'aspect stratifié montrent qu'elles n'ont point encore été atteintes par le travail désorganisateur.

Le pus existe surtout au centre du caillot lorsque la marche de l'inflammation a été lente; il existe au contraire et au centre et à la superficie lorsqu'elle a été rapide. La pellicule, dans les points suppurés, ou bien n'existe pas, ou présente une multitude de fragments qui sont appliqués sur la paroi de la veine, mais ne lui adhèrent pas. Cette adhérence ne redevient sensible qu'aux limites du foyer, et la désorganisation n'a pas existé.

Tels sont les phénomènes principaux qui signalent la transformation du sang en pus dans les veines. On a voulu voir dans cette transformation le résultat d'un phénomène de capillarité. Mais M. Cruveilhier, en émettant cette opinion, n'a fait que reculer la difficulté. J'admets pour un instant que le caillot soit seulement un lieu de dépôt pour le pus qui lui est transmis par les parois de la veine; si cela ne me dit pas comment le pus se forme dans les parois de la veine, il faudra toujours admettre la transformation en pus du sang infiltré dans les parois veineuses enflammées; car la formation du pus est une et identique partout avant la formation de la membrane pyogénique. L'explication de M. Cruveilhier n'est donc point une objection, outre qu'elle passe sous silence ce que devient le caillot, outre qu'elle est contraire aux lois de la capillarité, dont elle devrait au moins être une application exacte.

### *Adhérence.*

Je vais actuellement examiner en elle-même l'adhérence qui isole le pus et l'empêche de se mêler au sang; cette étude me paraît un complément indispensable de ce qui précède. Or, nous savons déjà que cette adhérence est constituée par la portion du caillot située aux limites de l'inflammation et dans les conditions où son organisation est possible. Nous savons aussi que l'adhérence aux parois du vaisseau est le premier phénomène de l'organisation du caillot, celui sans lequel les autres phénomènes ne peuvent avoir lieu. Il nous reste à étudier les caractères que va prendre sous l'influence de deux séries phénoménales opposées, à savoir, la désorganisation et l'organisation, la portion interposée au torrent circulatoire et au foyer pathologique.

La séquestration du pus est opérée tantôt par un caillot adhérent, tantôt par une fausse membrane organisée. Cette fausse membrane est quelquefois linéaire et interposée entre les deux parois accolées de la veine; d'autres fois c'est un véritable diaphragme membraneux et circulaire, placé de champ dans le canal veineux auquel il adhère par sa circonférence. Enfin elle est quelquefois canaliculée dans son centre et coiffée par un capuchon. Ce capuchon formé par du sang coagulé et en voie d'organisation est ordinairement conique, la base de ce cône adhère circulairement à la paroi veineuse et se continue avec le kyste purulent intra-veineux; le sommet toujours imperforé et à un état d'organisation beaucoup moins avancé que la base, peut remonter à quelques lignes dans la cavité de la veine, quelquefois même il se prolonge par des appendices dans quelques veines collatérales.

Il n'est pas rare de trouver du côté du cœur une fausse membrane, et à l'extrémité opposée du foyer un caillot sanguin. Ce dernier est quelquefois fort long, d'autres fois fort court. Le plus souvent et surtout dans les veines de petit et de moyen calibres, on trouve en haut et en bas un caillot obturateur. Il en est de même lorsque les phlébites ont marché rapidement et que les malades ont promptement succombé.

Du reste les caractères physiques et la position du caillot varient à l'infini. Que l'adhérence soit longue ou courte, jaune ou rouge, circulaire ou elliptique, cela nous est à peu près indifférent. Ce qu'il faut savoir c'est que cette adhérence devient progressivement de plus en plus solide, plus membraneuse, qu'en s'organisant en membrane elle s'amincit, se fortifie, et qu'enfin elle devient tout à fait semblable à une membrane pyogénique du côté du foyer purulent, tandis que du côté du torrent circulatoire, elle revêt les caractères des séreuses accidentelles. Mais avant qu'elle arrive à ce degré, presque toujours les malades ont succombé, et l'on ne voit alors que les premiers phénomènes de l'organisation. C'est presque toujours un caillot qui se présente, et plus il est récent, plus on doit apporter de soin à l'examiner, si l'on veut savoir à quoi s'en tenir sur sa qualité de barrière au pus.

Dans ces derniers temps et depuis que j'ai signalé l'oblitération constante des veines enflammées et l'impossibilité du mélange du pus, plusieurs personnes prétendent avoir trouvé des veines enflammées et suppurées, sans caillots ou membranes obturateurs. Je n'hésite pas à croire qu'en général ces personnes se sont trompées.

En effet :

1° On se sert souvent de sondes cannelées pour ouvrir les veines; or les sondes chassent, rompent et détruisent tout ce qui est devant elles;

2° La membrane obturatrice est quelquefois linéaire, et il faut par conséquent une grande attention pour bien la voir, surtout si elle est très-fragile;

3° On fait souvent sur le trajet des veines des pressions ou des tractions avant de les disséquer ou après les avoir disséquées; or ces manœuvres peuvent déranger l'état des parties.

Il est une question incidente que l'on a soulevée dans ces derniers temps, c'est la suivante : En admettant que le pus soit séquestré et séparé du sang par une adhérence (fausse membrane ou caillot), comme cette adhérence est poreuse, elle permettra la communication des deux liquides.

A cela je répondrai, 1° que l'adhérence est poreuse, qu'elle permet par conséquent tous les phénomènes d'imbibition, d'endosmose et d'exosmose, et qu'elle a cela de commun avec tous les tissus normaux ou pathologiques, mais qu'il y a aussi loin du mélange par absorption au mélange direct que de l'action de boire à l'action de s'injecter du liquide dans les veines; 2° que l'absorption par imbibition ayant lieu dans tous les foyers purulents imaginables, les phlébites ne présentent sous ce rapport rien de spécial, que par conséquent la question soulevée n'aboutit à rien.

L'inflammation des veines présente de grandes variétés sous le rapport du temps qu'elle met à se terminer par suppuration, et en général sous le rapport de sa marche. Quelquefois elle suppure d'emblée, et en un temps très-court, les parois veineuses sont épaissies, disséquées par du pus ou du sang infiltrés entre les tuniques et dans la gaîne celluleuse de la veine. Quand il y a eu une série de rémissions et d'exacerbations, à l'autopsie on trouve une série d'inflammations à différentes périodes, les unes suppurées, les autres avec infiltration de pus au centre et à la surface du caillot, d'autres avec du sang coagulé. De ces inflammations successives, les unes s'arrêtent au niveau des valvules ou de l'embouchure de la veine; dans les autres la marche de la phlébite est chronique, et cette circonstance est très-favorable pour suivre les phénomènes d'organisation et de désorganisation que j'ai signalés.

Lorsque la phlébite a été le résultat d'une plaie, comme cela arrive dans les saignées, les amputations, etc., il n'est pas rare de trouver la veine saine, au niveau de la plaie, et l'inflammation commencer seulement à quelques lignes et même à un ou deux pouces de distance.

Quelquefois la veine qui a été ouverte est le siége d'une inflammation peu étendue et peu avancée, tandis que les autres sont suppurées en dehors et en dedans, les superficielles comme les profondes.

Tantôt l'inflammation s'arrête au tronc veineux, tantôt elle se prolonge dans les collatérales jusqu'aux radicules, pénétrant de pus les organes qu'elles traversent.

Le pus contenu dans les canaux veineux est quelquefois jaunâtre, excessivement séreux; d'autres fois il est blanc, crémeux, bien lié : il peut en affecter toutes les nuances intermédiaires à ces deux états. De même que l'on voit l'affection rhumatismale passer d'une articulation à sa congénère du côté opposé, ou du membre inférieur au supérieur, de même on voit quelquefois la phlébite s'emparer successivement de plusieurs veines et même abandonner celles qui primitivement étaient affectées. Ce dernier cas est rare.

On a dit que l'inflammation des grosses veines était plus dangereuse que celle des petites, à cause de la facilité qu'a dans le premier cas le pus de se mêler au sang.

Ce n'est point sur cette raison qu'il faut baser le

danger de la phlébite. Le calibre des veines n'influe en rien sur la facilité avec laquelle le pus peut se mêler au sang; je dirai plus, c'est dans les grosses veines que l'on voit le mieux l'impossibilité de ce mélange, à cause du volume de l'adhérence obturatrice.

Il arrive quelquefois qu'à l'extrémité d'une phlébite on trouve du pus ou de la sanie purulente en contact immédiat avec le sang, et pouvant par conséquent se mêler avec ce liquide; et ces faits, ainsi que nous allons le voir, viennent encore à l'appui des conclusions que nous avons tirées des faits précédents. En effet, il suffira d'indiquer les circonstances dans lesquelles ce phénomène se passe.

J'ai fait abstraction jusqu'ici de l'état général du sang; or, il arrive souvent qu'au moment même où une phlébite se développe, le sang est déjà modifié sous l'influence de la diathèse purulente, et marche vers sa désorganisation et sa transformation en pus. Dans ces cas, lorsqu'une phlébite s'arrête à une certaine distance d'une grosse veine collatérale, il reste entre le caillot obturateur et cette collatérale une portion de veine dans laquelle le sang stagne, interposé au foyer inflammatoire d'une part, et d'autre part au sang qui, recevant l'impulsion du cœur, suit son cours habituel.

Ce sang stagnant se présente tantôt à l'état de caillots demi-liquides et noirâtres, tantôt à l'état de fluide noirâtre et non coagulable, tantôt à l'état de pus, tantôt dans un état intermédiaire aux deux précédents, c'est-à-dire incomplétement transformé en pus. De là, tout ce qu'on peut conclure, c'est que le sang qui ne circule pas, a, sous l'influence de la fièvre purulente, une grande tendance à se transformer en pus. Mais ce sang purulent ne résulte pas d'un mélange du pus contenu dans le foyer; en effet, je l'ai toujours trouvé isolé du foyer par une adhérence obturatrice tantôt forte, tantôt faible; et d'ailleurs s'il résultait d'un mélange de pus et de sang, cet état aurait lieu instantanément; on trouverait ce mélange établi et non toutes les phases successives de la transformation du sang en pus.

Dans ce cas-ci, la veine n'est point enflammée, et elle conserve ses caractères de souplesse, de transparence dans ses parois.

Ce sang, plus ou moins purulent, peut évidemment se mêler au torrent circulatoire; mais c'est là une circonstance fort indifférente, si le sang qui circule est déjà lui-même en voie de transformation. Ce mélange n'a, je crois, aucune influence sur la marche de la maladie, qui, lorsque le sang est altéré, conduit rapidement les malades au tombeau; d'ailleurs il ne peut se faire qu'en proportions excessivement faibles, car il ne touche le torrent circulatoire que par sa partie supérieure.

C'est dans des cas de cette nature que les partisans de la doctrine de Dance croient trouver un argument sans réplique en faveur de cette théorie. Or, ces cas exceptionnels n'ont jamais été vus par Dance, et même les eût-ils signalés, il ne pouvait en rendre compte qu'en admettant la communication de ce sang stagnant avec le foyer de la phlébite, ce qui n'a pas lieu; et il aurait fallu dans tous les cas trouver du pus et du sang mêlés ensemble, ce qui n'a pas lieu; car on trouve ou du pus ou du sang en voie de se transformer en pus.

*Vaisseaux lymphatiques.*

Il y a fort longtemps qu'à la suite des couches on avait observé des suppurations dans les vaisseaux lymphatiques, mais ces suppurations étaient habituellement considérées comme des métastases laiteuses, témoin ce que dit Selle (pyréthologie méthodique, fièvre puerpérale), mais ce n'est que dans ces derniers temps que des recherches suivies ont été faites sur l'état des lymphatiques dans la fièvre purulente.

On a d'abord constaté la présence du pus dans ces canaux : sur ce point, tous les observateurs sont d'accord. Sur tous les autres points, les opinions varient suivant la préoccupation de chacun des auteurs, j'en vais fournir la preuve.

Velpeau (*Mémoire sur les maladies du système lymphatique*. Arch. génér. de médecine, juin, 1835).

« Or, il est dans l'économie un autre système organique qui semble partager avec les veines la fâcheuse prérogative de concourir à la production d'une foule de lésions, et qu'on a presque complétement oublié jusqu'ici, je veux parler du système lymphatique. On dirait en effet que, sous ce point de vue, les observateurs l'ont laissé où en était le système vasculaire à sang noir avant les recherches de J. Hunter et les travaux modernes. Adoptant en grande partie les idées de Mascagni sur son rôle physiologique, je me suis attaché de bonne heure à en étudier les altérations. Je m'étais dit, puisque les vaisseaux lymphatiques existent partout, et qu'à l'instar des veines, ils servent à la circulation convergente, ils doivent, comme les veines aussi, transporter d'un point dans l'autre le germe de maladies nombreuses. »

On voit que dans ses recherches, M. Velpeau vérifiait, pour le système lymphatique, l'hypothèse de Hunter devenue la théorie de Dance sur le transport du pus dans le sang à la suite des suppurations intra-veineuses. Aussi il a suffi de constater la présence du pus dans les lymphatiques pour faire admettre le passage de ce pus dans le sang, et l'infection de ce dernier par suite du mélange.

M. Cruveilhier partit d'un point de vue différent. Son but principal était de donner une importance exclusive dans l'économie au système veineux, témoin ce passage : (Dict. en 15 vol., art. *Phlébite*).

« Ainsi, les veines ne remplissent pas seulement le rôle subalterne de rapporter au cœur le sang qui a servi à la circulation artérielle et qui est devenu impropre à la vie. Réhabilitées dans leurs fonctions absorbantes par des expériences ingénieuses (qui toutefois sont bien loin d'être une démonstration), elles forment encore la plus grande partie de ce système capillaire que Bichat ne voyait que des yeux de son imagination créatrice, et doivent être étudiées sous un point de vue plus étendu. Elles constituent un vaste réservoir dans lequel se passent tous les grands phénomènes de la nutrition, des sécrétions et de l'inflammation, et dans lequel sont déposées avec les produits de l'absorption toutes les causes morbides qui pénètrent ou s'engendrent dans l'économie. »

Il n'est pas étonnant qu'après avoir donné au sys-

tème veineux une si grande importance, M. Cruveilhier ne veuille pas y faire participer le système lymphatique. Aussi fait-il de la phlébite et de la lymphite utérines deux maladies essentiellement distinctes.

Suivant ce savant professeur, le pus ne peut passer des vaisseaux lymphatiques dans le torrent circulatoire, ce qui lui explique pourquoi les abcès dans les poumons et le foie, si fréquents dans la phlébite utérine, n'ont jamais été observés dans la lymphite.

Quant à moi, je crois que les faits sont contraires à ces deux hypothèses. En effet, d'une part, le pus contenu et formé dans les vaisseaux lymphatiques ne peut en aucune façon se mêler directement au sang; d'autre part, on a observé et j'ai observé moi-même des abcès des poumons et du foie concurremment avec des suppurations des lymphatiques et même des vaisseaux chylifères en l'absence de toute phlébite.

C'est en raison de ces faits que je ne crois pas devoir considérer la suppuration des lymphatiques comme une maladie particulière, mais bien comme une des nombreuses manifestations pathologiques de la fièvre purulente.

Or, dans cette maladie, les vaisseaux lymphatiques, s'ils ont été affectés, peuvent se présenter sous différents états. Ou bien ils seront le siége d'une inflammation commençante, et ce sera surtout autour d'eux, dans la gaîne cellulo-vasculaire qui les entoure, que l'on verra une injection vasculaire très-rapprochée, avec infiltration séreuse ou séro-sanguinolente. Quelquefois alors leurs parois et leur cavité ne présenteront aucun phénomène morbide. Dans d'autres cas ou d'autres régions sur le même malade, ils seront beaucoup plus volumineux qu'à l'état normal; ils se présenteront alors sous forme de chapelet, à cause des dilatations et des resserrements alternatifs de leur canal; dans ces cas leurs parois sont plus friables, plus épaisses, colorées soit en rouge, soit en gris, et leur cavité contiendra soit du pus, soit un liquide purulent, soit des caillots membraneux grisâtres, semblables en tout à de la lymphe coagulée. Aux limites de l'inflammation, ces caillots adhèrent aux parois et oblitèrent le canal comme dans les veines. Ces adhérences ne sont d'ailleurs visibles que sur le trajet des lymphatiques; on ne peut en général plus constater leur existence lorsque l'inflammation se termine dans un ganglion.

Les ganglions eux-mêmes peuvent être rouges, ramollis et tuméfiés; en général, lorsqu'ils commencent à suppurer, le pus se trouve à leur centre et à leur surface, et laisse entre les deux foyers une coque plus ou moins épaisse de tissu ganglionaire. Rarement les vaisseaux lymphatiques qui en émanent contiennent du pus, rarement même ces vaisseaux sont enflammés.

Autour des vaisseaux lymphatiques suppurés, le tissu cellulaire est en général infiltré de sérosité, de pus, ou de sérosité purulente.

L'inflammation des vaisseaux lymphatiques varie de fréquence dans la fièvre purulente, suivant les circonstances dans lesquelles celle-ci se manifeste. On l'observe fréquemment à la suite des couches, des piqûres d'amphithéâtres, des ulcères de la jambe ou des écorchures du pied. Elle s'accompagne fréquemment d'érysipèle, lorsque la lymphite est sous-cutanée.

Une circonstance fort digne d'attention, c'est que les ganglions lymphatiques peuvent être suppurés, sans qu'un seul vaisseau lymphatique présente de trace de phlegmasie, et réciproquement; il en est de même des vaisseaux et des ganglions chylifères où toutefois la suppuration est rare, même dans la gastro-entérite typhoïde.

### *État du tissu cellulaire.*

Le tissu cellulaire est fréquemment le siége d'infiltrations ou de collections soit séreuses, soit purulentes; assez souvent encore il contient de la sérosité purulente infiltrée irrégulièrement dans ses mailles, et en quantité variable dans les différents points où elle existe. Les altérations de ce tissu varient depuis le phlegmon diffus jusqu'au simple œdème mécanique, produit par un obstacle au cours du sang veineux.

L'histoire des abcès métastatiques dont on a fait de petits noyaux purulents, circonscrits et logés habituellement dans les viscères, a empêché de faire attention à ces énormes suppurations du tissu cellulaire du tronc et des membres qui surviennent dans le cours de la fièvre purulente. Peut-être l'attention portée sur ces grands désordres aurait-elle modéré l'envie d'expliquer les phlegmasies purulentes par l'épine irritante ou le dépôt du pus. Mais au reste ce que je dis pour le tissu cellulaire s'applique à tous les organes de l'économie dont on a passé sous silence ou à peu près les altérations qui s'ajustaient mal aux explications. Les observateurs avaient pourtant déjà noté une différence entre les vastes suppurations connues sous le nom de phlegmon diffus, et le phlegmon circonscrit. Il ne manquait qu'une théorie assez générale pour renfermer toutes les circonstances morbides, une formule pathologique qui précisât et limitât le terrain des recherches. C'est grace à cette formule que nous suivons la maladie dans ses produits, que nous trouvons partout où une diathèse purulente est manifeste. Or, cette diathèse a été déjà signalée pour le phlegmon diffus. Je ne citerai qu'un exemple, c'est le passage suivant de l'art. *abcès* du Dict. en 25 vol., par M. le professeur Bérard :

« Il est une variété de cette affection (les abcès), variété extrêmement grave, où le pus ne se présente jamais renfermé dans une cavité bien circonscrite; l'inflammation est diffuse, aucune production couenneuse ne vient limiter la place qui doit être le siége de la sécrétion morbide; c'est ce qui s'observe dans la maladie formidable décrite par Duncan jeune d'Edimbourg, sous le nom de phlegmon diffus, et par quelques chirurgiens français, sous celui d'érysipèle phlegmoneux.... D'où vient la différence de forme et de gravité entre ces derniers abcès et ceux que nous avons indiqués en premier lieu? Pourquoi dans un cas production d'une enveloppe coërcitive, et absence dans l'autre de cette barrière à l'envahissement des parties environnantes? Nous pensons que la différence consiste plus dans la nature que dans le siége ou le degré de l'in-

flammation, quoique le siége du mal ne soit pas sans influence, ainsi que nous le dirons plus tard. Le cortége des symptômes qui accompagne la suppuration diffuse, les circonstances où ces abcès se montrent, comme une marche forcée, l'inoculation d'un principe putride pendant la dissection, nous apprennent qu'il est des états de l'économie où la nature a peu de tendance à donner aux produits de l'inflammation ce degré de plasticité qui doit poser des bornes à la propagation du mal aux parties environnantes. »

Le phlegmon diffus du tissu cellulaire qui, comme nous le voyons, diffère par sa nature du phlegmon circonscrit, c'est-à-dire par le défaut de plasticité et par sa tendance à la suppuration, le phlegmon diffus a été en général décrit comme une maladie à part et non comme une des manifestations pathologiques de la diathèse purulente. Il en est résulté qu'on l'a décrit fort incomplétement, parce que la description a été faite sur les cas où le phlegmon diffus attire seul l'attention du praticien, soit en raison d'un érysipèle qui l'accompagne, soit en raison de douleurs vives ressenties par le malade, soit quelquefois parce que le malade est placé dans une salle de chirurgie où l'attention est à peu près exclusivement fixée sur les maux extérieurs, soit encore parce que le malade ne se plaint que de la partie dont il souffre. Par conséquent la description du phlegmon diffus qui est en général donnée est la description de la variété qui se nomme érysipèle phlegmoneux. M. Dupuytren a surtout indiqué les désordres profonds et la marche de cette affreuse maladie; mais sa description, comme celle des autres chirurgiens, se rapporte spécialement à l'érysipèle phlegmoneux des auteurs. Nous allons chercher à présenter les divers aspects de cette maladie.

L'inflammation purulente pénètre quelquefois à une grande profondeur la région dans laquelle elle siége; d'autres fois elle s'étend au loin et se borne au tissu cellulaire sous-cutané; d'autres fois elle se présente sous forme de foyers disséminés dans la même région, les uns superficiels, les autres profonds, tous ayant une grande tendance à se réunir en un seul et vaste foyer. D'autres fois elle constitue une véritable nappe purulente dont l'étendue est trouvée, à l'autopsie, beaucoup plus considérable qu'on ne l'aurait cru pendant la vie. Cela est surtout remarquable dans certaines régions. J'ai vu souvent des phlegmons diffus de la partie supérieure du tronc, étaler une infiltration purulente sur la région antérieure du cou, de la poitrine, de l'aisselle, pénétrer même dans le médiastin antérieur. La même chose se présente quelquefois au dos, que l'on trouve converti en une vaste nappe de pus. Or, tantôt les muscles et la peau participent à l'inflammation, tantôt ces deux organes sont seulement disséqués par elle. Lorsque les muscles sont envahis, rarement ils le sont dans tous leurs points; mais ils contiennent, soit à leur surface, soit dans leur épaisseur, des foyers isolés ou communiquant avec le foyer général. Si la peau est enflammée concurremment avec le tissu cellulaire sous-cutané, fréquemment avant de suppurer, elle prend une couleur rouge très-foncée, se parsème surtout vers les régions articulaires de plaques noirâtres gangréneuses. De là, ces eschares, ces vastes décollements qui ont, de tout temps, fixé l'attention des chirurgiens. Les tissus sous-cutanés sont aussi quelquefois mortifiés; mais cette complication tient soit à l'envahissement de toutes les couches vasculaires, soit à une diathèse gangréneuse qui s'ajoute à la diathèse purulente ou remplace celle-ci. Ces gangrènes ne sont point le résultat d'une compression produite par les aponévroses; car on l'observe dans des régions où celles-ci ne peuvent comprimer les parties sous-jacentes, comme à la fesse, par exemple.

Une autre forme du phlegmon diffus, c'est la forme blanche, celle dans laquelle la peau n'est point enflammée; elle est habituellement plus profonde que la précédente, elle convertit rapidement un membre en un vaste foyer purulent ou une série de foyers purulents. Ce qui prouve combien peu les aponévroses ont la funeste propriété qu'on leur a attribuée, c'est que, dans cette forme, la gangrène n'a jamais lieu; cependant elle peut s'accompagner d'un gonflement énorme. J'insiste sur ce point de physiologie pathologique, parce que l'on croit souvent avoir rendu quelques services aux malades en cherchant à prévenir ces gangrènes imaginaires par de profondes et larges incisions aux aponévroses, et qu'on borne le traitement à ces tristes et dangereux moyens. Toutefois, dans ces cas, l'inflammation se propage souvent aux articulations qui sont rapidement suppurées; peut-être s'est-on beaucoup trop effrayé du danger local de ces sortes du suppurations articulaires, surtout pour les articulations à larges surfaces : comme le genou, le coude, l'épaule. Les désordres que l'on rencontre à l'autopsie et qui en général son bornés à une inflammation de la synoviale, et quelques éraillures du pourtour des cartilages, ne permettent pas de désespérer de la résolution de la maladie, même sans ankylose. Il n'en est pas de même des petites articulations réunies, comme celles du poignet; dans celle-ci les os sont promptement entourés par l'inflammation, et, de cette manière, privés de circulation, ils peuvent se nécroser, complication d'autant plus grave que leur nécrose n'est jamais simultanée, mais toujours successive. Je suis entré dans toutes ces considérations parce que la fièvre purulente ne se termine pas toujours par la mort, mais peut laisser après elle les graves désordres dont je viens de parler, et que ces désordres nécessitent un traitement chirurgical, souvent même des amputations.

De même que la peau et les muscles peuvent participer aux phlegmasies purulentes du tissu cellulaire, de même ces phlegmasies peuvent s'étendre aux veines et aux vaisseaux lymphatiques, et même dans un grand nombre de cas l'inflammation des vaisseaux soit veineux, soit lymphatiques, précède celle du tissu cellulaire. C'est à cette maladie que l'on a donné le nom de *phlegmasia alba dolens*. On l'observe aux membres supérieurs à la suite des saignées, des piqûres d'amphithéâtre; aux membres inférieurs, cette maladie se rencontre à la suite des couches, des blessures, des ulcères; quelquefois elle débute spontanément dans le cours d'une maladie, enfin je l'ai vue survenir des deux côtés pendant le cours d'une blennorrhagie, et M. Ollivier a, dans sa thèse inaugurale, rapporté des cas nombreux d'œ-

dème douloureux des membres inférieurs survenus dans le cours ou à la fin des maladies cancéreuses. Les phthisiques sont encore assez exposés à cette affection, surtout à la dernière période, lorsque le poumon, par suite de la fonte tuberculeuse, est en suppuration. Mais comme je ne trace ici que les altérations pathologiques propres à la diathèse purulente et qui surviennent avec la fièvre qui la caractérise, je ne m'occuperai que des phlegmasies purulentes, et non de ces lymphites ou phlébites adhésives, la plupart sans gravité pour la vie, qui ne font qu'entraver l'usage du membre affecté pendant un temps plus ou moins long.

J'ai dit que l'œdème douloureux pouvait survenir à la suite des saignées ; mais il n'en faudrait pas conclure que tous les phlegmons diffus, suite de saignées, soient des phlébites, car l'inflammation des veines n'existe pas toujours, et si son absence modifie l'aspect local de la maladie, elle n'en modifie en rien les symptômes généraux et le danger.

Je vais décrire à part l'œdème douloureux avec lymphite et l'œdème douloureux avec phlébite.

### *OEdème douloureux avec phlébite purulente.*

En général l'œdème, ou l'infiltration du membre qui accompagne les phlébites suppurées, cause dans la partie où il siége un gonflement moins considérable que le phlegmon diffus proprement dit, dont j'ai parlé précédemment. En outre, cet œdème se propage de la partie supérieure du membre à la partie inférieure ; en général il est beaucoup plus considérable autour des veines enflammées que dans les parties situées au-dessous du foyer inflammatoire. Il est quelquefois borné à la gaîne des veines, mais ce cas est assez rare.

On pourrait le confondre avec la phlébite externe ou l'inflammation de la gaîne et de la membrane celluleuse des veines, sans les désordres intra-veineux et le caractère de l'infiltration.

La matière infiltrée est rarement une sérosité claire et limpide ; le plus souvent c'est une lymphe jaunâtre, louche, plus épaisse que celle des œdèmes mécaniques. Cette humeur est transformée en pus dans quelques points ; dans plusieurs elle dénote par son opacité, sa ténuité et la forme irrégulière de ses globules, qu'elle est en voie de transformation purulente ; assez souvent aussi les aponévroses qu'elle tapisse ainsi que le tissu cellulaire ont perdu en partie leur transparence, leur brillant, leur force de cohésion, en même temps que leurs couches vasculaires présentent les stases capillaires, les arborisations denticulées qui caractérisent le début d'une inflammation.

Or les ramuscules veineux qui traversent l'œdème sont en général le siége d'une inflammation plus avancée. Aussi leur section en travers donne-t-elle lieu à l'issue de gouttes purulentes plus ou moins nombreuses qui se mêlent à la matière de l'infiltration, dans d'autres parties où la phlébite n'est pas encore suppurée, le scalpel divise les caillots intra-veineux dont l'aspect noirâtre et la forme arrondie parsèment le foyer de petites taches brunes, irrégulières par leur volume, leur position et la solidité du caillot qui les forme. C'est surtout en incisant les muscles pénétrés par des veines enflammées que cette disposition est remarquable ; l'intérieur de ces muscles est tigré de noir, de jaune, de blanc, et ces taches correspondent aux sections pratiquées sur les veines ainsi qu'au tissu qui les entoure immédiatement. Dans cette forme de phlegmon diffus, la peau ne participe pas toujours, il s'en faut, à l'inflammation ; et lorsqu'elle y participe, c'est ordinairement par plaques isolées, ou par bandes qui correspondent au trajet des veines.

### *OEdème douloureux avec lymphite.*

Dans le cas où l'œdème douloureux ou inflammatoire se lie à une phlegmasie purulente des vaisseaux et des glandes lymphatiques, le gonflement est en général beaucoup moins considérable que dans le cas précédent. L'inflammation est souvent bornée au pourtour des vaisseaux et des ganglions. Elle se présente alors sous forme de longues bandes, répandues à la superficie et dans la profondeur des membres. La peau qui recouvre les lymphatiques enflammés présente également de longs rubans inflammatoires, tantôt étroits, tantôt larges et réunis ensemble dans quelques points. En général, le tissu cellulaire est peu enflammé et la sérosité qui l'infiltre est à peu près limpide, excepté au pourtour des vaisseaux et des glandes suppurées. Dans ces parties, il y a habituellement des infiltrations ou des collections purulentes, dont quelques-unes communiquent même avec la cavité des vaisseaux ou le centre des glandes dont les parois ont été ramollies et détruites par le travail inflammatoire. Il n'est pas rare, dans ce cas, que les renflements valvulaires des lymphatiques suppurés simulent de petites masses tuberculeuses suppurées. Bien que j'aie distingué l'œdème inflammatoire lymphatique de l'œdème inflammatoire veineux, il est vrai de dire que souvent ces deux altérations pathologiques sont réunies et qu'alors l'aspect de la maladie participe de l'une et de l'autre.

L'œdème purulent que je viens de décrire sous ses diverses formes doit être soigneusement distingué de l'œdème qui s'observe hors de la fièvre purulente et qui est mécaniquement produit par une compression, un obstacle au cours du sang, un caillot intra-veineux résultant d'une simple phlébite adhésive.

Ce dernier résulte de l'infiltration du tissu cellulaire par une sérum pur, à globules réguliers, bien limpide, bien transparent. Il écarte sans les ramollir les mailles du tissu cellulaire, tandis que l'œdème purulent ramollit et dissout la trame organique.

L'œdème est d'autant plus grave qu'il est plus étendu, qu'il est multiple, qu'enfin l'organe sur lequel il siége est plus indispensable à la vie. Ainsi l'œdème purulent du cerveau, du poumon sont sans contredit des affections locales plus graves que la suppuration dans un membre.

### *De l'état des muscles.*

Rarement dans la maladie qui nous occupe les muscles sont le siége exclusif des phlegmasies puru-

lentes ; néanmoins cela peut arriver, ainsi que je l'ai vu chez un malade à l'autopsie duquel je trouvai seulement un petit abcès dans l'épaisseur des fibres charnues du diaphragme et un autre dans la paroi ventriculaire gauche du cœur. Ordinairement, ainsi qu'on l'a vu, les muscles sont enflammés et suppurés concurremment avec les tissus environnants. Néanmoins il peut, et cela n'est pas rare, se former dans leur épaisseur des foyers phlegmasiques complétement ou incomplétement suppurés. Ces inflammations sont quelquefois fort peu étendues, d'autres fois elles occupent la presque totalité d'un muscle.

Du reste elles ne présentent de remarquable que la rapidité de leur marche, la section brusque des fibres musculaires autour du foyer, et le peu d'étendue de l'inflammation autour de la collection purulente. Or cette circonscription du foyer existe pour toutes les phlegmasies purulentes, par conséquent elle n'a rien de spécial dans le tissu musculaire. Toutefois comme on peut suivre dans certains cas toutes les évolutions du travail inflammatoire depuis l'infiltration sanguine, le ramollissement noir, jusqu'à la dissolution des fibres pas le pus, et la circonscription de celui-ci par une fausse membrane, il est de toute évidence que ces foyers sont le résultat d'une inflammation et non du dépôt de molécules purulentes disséminées dans le sang. Nous reviendrons d'une manière plus générale sur cette question. (*La suite au prochain volume.*)

---

### *Nouveau-né enterré en état d'asphyxie, puis rappelé à la vie.*

Le fait suivant est arrivé dernièrement en Allemagne ; il a été rapporté dans le *Berliner medicinische Zeitung* (1838, n° 3), par le docteur Wagner, dont le nom est une garantie qui donne à cette observation un degré suffisant d'authenticité.

Une servante non mariée devint enceinte : bien qu'elle connût son état, elle s'obstinait à le nier, et le cachait avec un grand soin. Bientôt les douleurs se firent sentir, et elle fut obligée de quitter son ouvrage; elle se plaignait de violentes coliques qu'elle attribuait au froid, ne se croyant pas à terme. Elle couchait dans la même chambre que les autres servantes. Pendant la nuit, ses douleurs augmentèrent, et le lendemain, au matin, elle se leva pour aller à la garde-robe : elle approcha d'elle un baquet, et au moment où elle se baissait, l'enfant passa rapidement et tomba dans le baquet ; alors seulement, dit-elle, elle reconnut la nature de ses douleurs. Elle n'examina pas l'enfant avec beaucoup de soin ; elle s'assura toutefois qu'il ne criait point et ne remuait aucunement : le cordon s'était sans doute cassé, et elle ne chercha pas à le lier ; elle crut avoir fait une fausse couche, emporta le baquet et son contenu, le porta à une sablonnière éloignée d'une trentaine de pas, et jeta l'enfant dans un trou qui se trouvait tout fait ; elle le recouvrit de sable et de gazon, et appuya dessus avec ses mains, pour que, dit-elle, les chiens ne pussent déterrer le corps. Elle retourna dans sa chambre à coucher, trouva ses compagnes endormies, les éveilla, et, fatiguée, elle s'assit sur une chaise, pendant que celles-ci se levaient. Une des femmes, que ses cris avaient éveillée pendant la nuit, voyant quelques gouttes de sang sur le plancher, se douta de l'aventure ; elle lui demanda si elle ne venait pas d'accoucher, et de se débarrasser de son enfant. Elle de répondre : « Me prenez-vous pour une vieille truie? » Les femmes, qui n'en gardaient pas moins leurs soupçons, suivirent la trace du sang jusqu'à la sablonnière, où l'aspect de la terre fraîchement rémuée les frappa : elles écartèrent le gazon et le sable ; sous l'influence de l'air, l'enfant à demi enterré se mit à crier ; on le sortit bien vite de son tombeau, et on le porta à sa mère : celle-ci (le placenta venait de tomber) le leva, le coucha sur son lit ; puis, au bout d'une heure environ, l'emporta chez sa vieille mère qui demeurait au village voisin : ce fut seulement alors qu'on lia le cordon : une autre femme donna le sein à l'enfant. Quelques jours après, la mère fut soumise à une enquête judiciaire ; ses aveux furent d'accord avec les dépositions des témoins ; mais toujours elle jura qu'elle avait cru à une fausse couche, et repoussa toute idée d'infanticide : l'enquête n'amena aucune charge contre elle, bien qu'il fût prouvé par le témoignage des médecins qu'elle était accouchée à terme, et qu'à part un pied-bot l'enfant était parfaitement conformé. Il fut également établi que l'enfant avait dû rester au moins un quart d'heure sous terre, et, comme il était recouvert de sable et de gazon, l'air n'avait pu arriver jusqu'à lui. Il n'est guère possible qu'il ait respiré avant d'être enterré, car si la respiration eût déjà commencé, il serait infailliblement mort étouffé. On peut concevoir, au contraire, que l'enfant né dans un état d'asphyxie fut enseveli dans ce même état, et ne commença à respirer et à renaître qu'au moment où il fut exposé à l'air pour la seconde fois.

Cette observation est intéressante sous le rapport de la physiologie de l'asphyxie ou de la mort apparente, et sous le point de vue médico-légal. Elle a une grande importance relativement à la valeur de cette expérience dans laquelle le poumon qui a respiré surnage, aux conséquences que les médecins légistes en ont tirées, et à l'objection faite par d'autres médecins, à savoir que cette épreuve indique seulement la persistance de la vie avec respiration, et non pas un état absolu de vie avec ou sans respiration. La possibilité de la vie sans respiration, même pendant un temps plus long, est démontrée par ce fait, et alors on doit se demander jusqu'à quel point une condition semblable est admissible en justice, puisque l'existence d'une vitalité pareille ne peut en général être niée ni prouvée ? Il n'est pas moins remarquable que le cordon n'ait pas donné une hémorrhagie, après être resté si longtemps sans ligature. L'observation offre plus d'intérêt encore sous le point de vue purement judiciaire, d'autant que le cas n'est point prévu dans le Code pénal, et cependant la conduite de la femme est coupable. Elle ne saurait être condamnée sur la prévention d'infanticide, puisque tous les témoignages sont à sa décharge ; elle ne saurait l'être pour avoir caché sa grossesse et la naissance de son enfant, parce que dans la législation allemande, il n'est pas infligé de peine, si l'enfant est vivant, et il n'est également question d'aucune pénalité pour l'enterrement d'un enfant vivant, mais en apparence mort-né.

*De la désarticulation du bras dans quelques cas de présentation de l'épaule.*

Dans quelques cas de présentation de l'épaule, dit le docteur Wittck, lorsque la matrice est fortement contractée, le bras énormément gonflé, la version impossible, n'est-il pas rationnel de pratiquer la désarticulation de l'épaule; et cette opération pratiquée par les anciens, la seule qui souvent puisse sauver la mère, n'est-elle pas injustement proscrite par la plupart des accoucheurs modernes? Le docteur Wittck y a eu recours trois fois, et trois fois elle lui a réussi. Il résume ainsi une de ses observations :

Madame X... ayant eu déjà plusieurs couches heureuses, était depuis 36 heures dans les douleurs de l'enfantement, et les eaux de l'amnios s'étaient écoulées depuis 34 heures lorsque je fus appelé.

Je constatai une présentation de l'épaule : le bras droit, énormément gonflé, d'une couleur noire très-prononcée, était engagé dans le col utérin, remplissait le canal vaginal, et pendait même à l'extérieur de la vulve : la matrice était invinciblement contractée, étreignait l'épaule du fœtus, et rendait toute tentative de version impossible. Des frictions de belladone sur le bas-ventre, des lavements huileux, une saignée, restèrent sans résultats. Je me décidai alors à pratiquer la désarticulation du membre, et un quart d'heure après une évolution spontanée amena les pieds à l'orifice utérin : l'accouchement fut terminé très-heureusement en quelques minutes. (*Siebold's journal für Geburtshülfe*. 1837. T. 16. n° 3.)

---

# REVUE MÉDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

JUIN 1838.

*Traitement médical des calculs urinaires par les eaux de Vichy;* rapport fait à la Société de médecine de Paris sur les observations présentées par M. le Dr Petit, Inspecteur-adjoint des eaux de Vichy (1).

(Imprimé par décision de la Société).

Messieurs,

1° Dans notre dernière séance, une question d'une haute portée a été soulevée parmi nous; puis, grâce au zèle de M. le Dr Mèlier pour tout ce qui intéresse la science et notre société, soumise d'une manière en quelque sorte officielle à nos investigations. Cette question, qu'il suffit d'énoncer pour en faire sentir toute l'importance, est celle du traitement médical des calculs urinaires. Ce n'est pas d'aujourd'hui, comme vous le savez, qu'elle est née dans la science. Entrevue dès les temps les plus anciens, puisque Hippocrate, Galien, Pline, Dioscoride, etc., ont conseillé sur ce sujet une foule de médicaments, dont la plupart nous paraissent aujourd'hui fort étranges; poursuivie avec ardeur par les empiriques de tous les temps, car vous n'avez oublié ni les plaintes de Montaigne sur les médecins qui lui faisaient prendre pour ce même mal des crottes de rat pulvérisées, ni les essais dans lesquels, sous le nom de lithontriptique, on a administré avec tant de constance presque toutes les substances auxquelles on a pu supposer quelque action sur l'excrétion urinaire, la question devait prendre enfin une allure plus sage et plus scientifique, aussitôt que la chimie aurait révélé d'une part la nature réelle des calculs vésicaux, d'autre part la possibilité de faire passer dans les urines des principes capables d'agir chimiquement sur ces corps étrangers. Or, il est incontestable que la science en est là aujourd'hui. D'une part les travaux de Fourcroy, de Vauquelin, de Wollaston, de Brande, de Marcet, de William Prout, et il faudrait citer, pour être exact, presque tous les chimistes modernes, ont fait connaître la nature des calculs vésicaux; par conséquent, ils ont indiqué leur mode de formation, c'est-à-dire leur cause essentielle et le moyen d'en prévenir le retour ou l'accroissement indéfini, et en même temps les procédés auxquels il serait utile de recourir pour en déterminer la dissolution, la diminution et l'excrétion. D'autre part, les recherches exactes auxquelles se sont livrés une foule de chimistes modernes, sur les qualités de l'urine dans les différentes circonstances qui font varier cette excrétion, ont déjà commencé à jeter quelque jour sur le pouvoir qui nous est donné d'en changer jusqu'à un certain point la nature et la composition. On ne se contente plus de constater grossièrement que l'urine est trouble, colorée, sédimenteuse, etc., on demande des renseignements plus précis sur la nature réelle de ce liquide excrémentitiel; et, si les recherches jusqu'à présent dirigées dans ce sens sont demeurées encore pour nous presque sans résultat, nous sommes du moins en droit d'en attendre prochainement quelque heureuse application, car nous savons que dans les sciences aucune recherche exacte n'est stérile. Déjà en attendant les fruits que promet partout l'ardeur avec laquelle on interroge les liquides sur les mystères qu'ils recèlent, des travaux remarquables ont été publiés. Parmi eux, nous devons surtout mentionner le mémoire du docteur Vœhler, qui touche de si près au cœur de la question soulevée dans notre société. Vous vous rappelez sans doute quelles données précieuses il a fournies à la thérapeutique, en répondant à la question mise au concours par la Faculté d'Heidelberg, sur la possibilité de faire passer certaines substances dans l'urine. Les points qu'il a examinés sont trop importants pour que nous ne remettions pas sous vos yeux les faits qu'il a constatés. Ainsi nous savons par lui : 1° que le fer, le plomb, l'alcool, l'éther sulfurique, le camphre, l'huile de Dippel, le musc et les principes colorants de la cochenille, du tournesol, du vert végétal et de l'alcanna ne passent pas dans les urines, soit parce que ces matières sont détruites avant d'y arriver, soit parce qu'elles sont assimilées, soit parce qu'elles sortent par d'autres voies, ou bien enfin parce qu'elles sont insolubles et ne peuvent être absorbées dans le canal intestinal.

2° Qu'on retrouve dans les urines mais décomposées les substances suivantes :

Hydro-per-ferro-cyanate de potasse, devenu hydro-proto-ferro-cyanate.

Tartrate, Muriate, Acétate } de potasse et de soude, — carbonates alcalins.

Hydrosulfate de potasse, — — en partie sulfate.

(1) Commissaires : MM. Delens, Leroy-d'Étiolles, Guibourt, Hervez de Chégoin, Mêlier et Sandras, rapporteur.

3° Que certaines substances forment de nouvelles combinaisons avec quelques matières du corps animal, et sont ensuite sécrétées par les reins. Telles sont :

Le soufre qui est rendu à l'état d'acides sulfurique et hydrosulfurique.
L'iode — d'hydriodate.
Les acides Oxalique, Tartarique, Gallique, Succinique et Benzoïque } qui sont rendus à l'état de sels alcalins.

4° Que les substances qui passent dans les urines sans changer d'état sont : le carbonate, le chlorate, le nitrate et en partie l'hydrocyanate de potasse, l'hydro-proto-ferro-cyanate de potasse, le sous-borate de soude, l'hydro-chlorate de baryte, le silicate de potasse, le tartrate de nickel et de potasse, les principes colorants de l'indigo dissous dans l'acide sulfurique, de la gomme gutte, de la rhubarbe, de la garance, du campêche, des betteraves, des baies d'airelle, des cerises noires, etc.; beaucoup de principes odorants comme l'huile de térébenthine, le principe odorant des baies de genièvre, de la valériane, de l'assa-fœtida, de l'ail, du castoreum, du safran, de l'opium, etc., le principe enivrant de l'agaricus muscarius du Kamschatka.

5° Qu'un grand nombre de ces substances, par cela seul qu'elles se trouvent dans les urines, doivent augmenter notablement la sécrétion urinaire.

6° Enfin, que comme beaucoup de sels alcalins se transforment en carbonates pendant l'opération de sécrétion de l'urine, on peut remplacer avantageusement ces derniers par les premiers ou par les substances agréables à prendre, qui en contiennent une quantité notable.

Ainsi, vous le voyez, d'utiles et nombreuses applications à la thérapeutique sont déjà non-seulement pressenties, mais encore indiquées dans le mémoire du docteur Vœhler.

Puis, comme s'il était nécessaire que cette importante question fût mûrie à la fois sur tous ses points, l'invention de la lithotritie vient de donner au médecin la possibilité de savoir toujours, sans grand danger pour le malade, à quelle sorte de calcul simple ou composé il doit avoir affaire, en même temps que M. Cloquet a prouvé par ses belles expériences toute la puissance d'un grand courant de liquide, pour y diminuer par une usure toute physique, toute matérielle le volume de ces concrétions.

Il suffit donc, messieurs, de jeter un coup d'œil sur tous ces éléments rassemblés autour de nous, pour voir que cette question touche à sa solution scientifique; que des progrès immenses ont été faits, et que, laissant de côté les secrets achetés autrefois si cher par les gouvernements pour produire si peu, nous pouvons enfin réaliser, ou du moins espérer de réaliser bientôt des succès positifs, des guérisons matériellement démontrées et expliquées chimiquement.

Cet état de la question justifie l'ardeur avec laquelle se font les recherches qui y ont rapport, et l'intérêt avec lequel on est disposé à les accueillir.

Votre commission s'est associée à l'empressement que vous avez mis à vous occuper des communications de M. le docteur Petit; elle n'a voulu mettre ni retard à examiner les faits acquis par cet estimable confrère, ni réticence à vous faire connaître l'opinion qu'elle s'est formée sur chacun d'eux et sur leur ensemble. Plusieurs séances de plusieurs heures chacune ont été consacrées à examiner les documents de M. le docteur Petit, soit avec ce médecin lui-même, soit hors de sa présence; les faits dont il appuie sa conviction personnelle ont été discutés avec lui et entre nous; nous allons vous les rappeler; puis nous les apprécierons devant vous comme nous l'avons déjà fait dans le sein de la commission, et nous présenterons à votre sanction les conclusions que nous avons cru devoir en tirer.

Ces faits sont de deux ordres : les uns, déjà imprimés, résultent d'un mémoire publié en 1834, par M. Petit, et intitulé : *Du traitement médical des calculs urinaires, et particulièrement de leur dissolution par les eaux de Vichy et les bi-carbonates alcalins*, et d'un autre mémoire publié en 1837, et ayant pour titre : *Nouvelles observations de guérisons des calculs urinaires, au moyen des eaux thermales de Vichy*. A ces mémoires était jointe une *Lettre à M. le docteur Civiale sur l'emploi des agents chimiques, comme moyen d'opérer la dissolution des calculs de la vessie*. Les autres documents présentés à votre commission par M. Petit, se composent d'observations inédites formant l'histoire de *tous les malades* que ce médecin a traités aux eaux de Vichy pour des affections calculeuses.

Hâtons-nous de vous faire connaître ces deux ordres de documents que M. Petit a appuyés auprès de votre commission de la vue de chacun des calculs qu'il possède.

Le premier mémoire, après une analyse très-succincte des opinions anciennes sur les calculs, arrive aux recherches médico-physiologiques de M. Magendie sur les affections calculeuses et aux remarques de M. d'Arcet sur les eaux de Vichy. Il expose les observations du premier sur les gravelles, puis il parcourt rapidement les travaux que je vous ai déjà cités sur la nature, les caractères chimiques et les causes des calculs; partant de ce point, il se livre à quelques considérations applicables à la dissolution des calculs en général. Là, il examine toutes les difficultés du sujet; la presque impossibilité où l'on est de faire passer par la circulation un acide libre dans l'urine, lui paraît établie par les recherches de Wœhler, et il en conclut, qu'on ne peut pas fonder des grandes espérances sur l'emploi des acides, comme dissolvant des calculs phosphatiques, les seuls auxquels il est à regretter qu'ils ne soient pas plus facilement applicables. Quant aux alcalis, la propriété qu'ils ont de dissoudre l'acide urique est depuis longtemps parfaitement connue, et il croit, contre l'opinion de beaucoup de praticiens, qu'ils peuvent dissoudre des calculs même volumineux. Pour s'en rendre compte, il faut faire attention, dit-il, au rôle important que joue dans la formation du calcul le mucus vésical. Ce mucus, surtout dans les cas de calculs phosphatiques, sécrété avec plus d'abondance, forme le ciment qui lie les molécules et les couches de la pierre, et les alcalis ont la propriété de dis-

soudre ce ciment ; c'est donc une raison de plus pour compter sur les alcalis quand on traite un calcul urique; c'en est une aussi pour espérer d'obtenir par des boissons ou des injections alcalines, la désagrégation des calculs dont les autres éléments ne seraient pas solubles par les mêmes moyens. Il faut ajouter d'ailleurs à cet élément de succès ce qu'on peut obtenir de l'augmentation de sécrétion du liquide urinaire qu'on peut ainsi entretenir pendant longtemps, et il cite en preuve sur ce point les travaux de M. Cloquet.

Ces considérations générales mises en avant, l'auteur examine successivement les affections calculeuses. La plus commune de toutes est celle de l'acide urique. Pour celle-là il faut diminuer la sécrétion d'acide urique par un régime végétal, augmenter la sécrétion aqueuse par une boisson abondante, et enfin donner à l'urine des propriétés alcalines pour dissoudre les calculs et les graviers, propriétés que les eaux de Vichy ne manquent jamais de leur communiquer. Il s'appuie à cet égard, surtout des observations de M. D'Arcet, et de celle de Mascagni. Cette partie du mémoire de M. Petit est étayée d'une observation dans laquelle le calcul, constaté par M. Marjolin, fut, sur les instances de M. Robiquet qui en avait le premier conçu l'idée, traité par l'usage d'une solution de 10 grammes de bi-carbonate de soude dans 2 litres d'eau, bue tous les matins. Trois mois après le malade pissa un calcul d'acide urique qu'on jugea le noyau d'une pierre plus volumineuse qui avait été usée et dissoute. Cette observation est suivie de quelques faits analogues communiqués dans le temps à l'Académie royale de médecine, et l'auteur en conclut qu'il est facile, sans même qu'il faille un temps très-long, de dissoudre les calculs d'acide urique, quel qu'en soit le volume.

Le même traitement lui paraît entièrement applicable aux calculs d'urate d'ammoniaque.

Quant au phosphate ammoniaco-magnésien, il peut être décomposé par les carbonates alcalins ; il se forme un phosphate soluble, l'ammoniaque se dégage, et la magnésie qui se précipite est entraînée au dehors par les urines. Les calculs de phosphate de chaux sont plus difficiles à attaquer ; mais ce sel étant soluble dans l'acide carbonique et la matière animale, toujours abondante dans ces calculs, étant elle-même soluble dans les dissolutions alcalines, il est douteux que ces calculs puissent résister à l'eau de Vichy sursaturée d'acide carbonique. Il cite, pour prouver que la seule désagrégation par la dissolution de la matière animale par les alcalis peut suffire pour détruire le calcul, une expérience de Morveau, dans laquelle des calculs tenus jusqu'à quatre mois de suite dans une suffisante quantité de liqueur alcaline végétale caustique très-concentrée, ont été tous attaqués en peu de jours, *comme brisés et réduits en une sorte de sable grossier qui se rassemblait au fond du vase;* et une autre expérience de M. D'Arcet, dans laquelle un os compacte ayant été longtemps exposé à l'action du bi-carbonate de soude dissous dans de l'eau distillée, a été complétement désagrégé.

Pour les calculs d'oxalate de chaux, il se borne à des conjectures sur la dissolution de la matière animale interposée ; il regarde comme assurée la dissolution dans l'urine des calculs xanthiques et d'oxyde cystique, puis qu'ils sont solubles dans les alcalis ; les calculs de carbonate de chaux se dissoudraient dans l'eau de Vichy avec excès d'acide carbonique, puisque d'une part le carbonate de chaux est soluble dans un excès d'acide, et d'autre part que la matière animale se dissoudrait dans la solution de bi-carbonate de soude.

Les calculs composés suivraient nécessairement les chances des éléments composants.

Il conclut en définitive que les eaux alcalines, et surtout les eaux alcalines gazeuses de Vichy, offrent dans cette maladie le double avantage d'être à la fois le meilleur dissolvant que l'on connaisse et de pouvoir être employées pendant longtemps sans inconvénient pour les malades; qu'on peut en augmenter l'efficacité, particulièrement vis-à-vis des calculs de phosphate de chaux, par l'addition d'une plus grande quantité d'acide carbonique; qu'enfin elles ont aussi le grand avantage d'entretenir une sécrétion abondante d'urine propre à entraîner au dehors les dépôts pulvérulents, les graviers, et tous les débris qui résultent de la dissolution ou de la désagrégation des calculs.

Dans le second mémoire imprimé en 1837, après avoir rappelé les points qu'il a traités dans son premier mémoire, M. Petit s'attache à disculper le traitement de quelques objections qu'on lui fait ; ainsi, les insuccès des anciens sont explicables pour lui, parce qu'ils n'employaient pas d'innocent bi-carbonate, mais des carbonates irritants et désagréables. Il pense que le manque de confiance de certains médecins qui accordent bien aux eaux de Vichy de guérir la gravelle d'acide urique, mais qui leur refusent de guérir de la pierre, vient de ce qu'ils ne les ont pas employées avec assez de hardiesse.

Quant à la crainte manifestée par quelques chimistes, que l'excès d'alcalinité de l'urine n'entraîne la précipitation des phosphates de chaux et de magnésie que l'urine contient à l'état de sels acides, l'auteur fait remarquer que cette précipitation est bien peu sensible, puisque l'urine la plus alcaline des buveurs d'eau à Vichy reste parfaitement claire et limpide ; en outre, ces sels, s'ils se précipitaient, ne rencontreraient pas de matière assez plastique pour les lier et seraient entraînés par les urines.

D'ailleurs, il en appelle à ses guérisons et à ses expériences. Il cite à l'appui quatre observations.

Dans la première, un malade de 52 ans, lithotritié une fois par M. Civiale, et repris cinq ans après d'accidents analogues, rendit, à Vichy, au bout de dix jours de traitement, par cinq à six verres d'eau et un bain chaque jour, trois petits calculs.

Le malade n'a été sondé ni avant ni après le traitement à Vichy.

Dans la deuxième observation, un calcul peu volumineux avait été reconnu par M. Leroy d'Étiolles; ce malade vint boire abondamment à Vichy ; après dix-sept jours de l'usage des eaux, le malade rendit un petit calcul, que M. Petit nous a présenté, et sur lequel on ne peut méconnaître les traces d'une action dissolvante qui en a inégalement attaqué les couches. Quelques points sont couverts d'une sorte de concrétion blanchâtre que M. Lassaigne a reconnue pour de l'urate de soude. Cet état du calcul, qui démontre que les inégalités de la surface sont dues non pas à l'accroissement qui tendait à se faire par

le dépôt de quelques phosphates, mais au décroissement qui avait lieu par la combinaison de l'acide urique insoluble avec la soude qui le rendait soluble et l'entraînait ainsi avec elle, a paru à votre commission extrêmement remarquable, et le fait serait tout à fait probant en faveur de l'action dissolvante de l'eau de Vichy sur des calculs contenus dans la vessie, s'il n'était pas constant, par l'aveu même de M. Petit, que M. Leroy d'Étiolles avait annoncé le petit volume du calcul quand il avait sondé le malade.

La troisième observation présente un malade qui n'a point été sondé, et, après avoir pris pendant dix-sept jours de l'eau de Vichy à haute dose, a rendu trois petits calculs comme agglomérés par petits grains; à compter de ce moment le malade a cessé de souffrir de la verge et de la vessie.

Malheureusement encore le volume des calculs ou du calcul n'avait point été constaté avant le traitement; on sait seulement que le malade avait rendu à plusieurs reprises des graviers.

Le quatrième malade, au cinquième jour de l'usage des eaux de Vichy, rendit un calcul de la forme et de la grosseur d'une fève.

Ce calcul présente beaucoup moins que les autres des traces de l'action d'un dissolvant.

L'auteur termine en exposant ses expériences, dont voici le résumé:

Il a plongé, après les avoir exactement pesés, un certain nombre de calculs dans la fontaine de la Grande-Grille. Chaque calcul, placé dans un petit panier d'osier, était sur un vase destiné à recevoir les parcelles qui s'en détacheraient. La chaleur de l'eau était de 38° à 39° C. C'étaient des calculs très-anciens dont le mucus était desséché. Les analyses en ont été faites par M. Lassaigne.

Cinq calculs d'acide urique qui sont restés, terme moyen, 27 jours dans l'eau, ont perdu 53 °/° de leur poids. Cinq de phosphate ammoniaco-magnésien, qui y sont restés un peu plus de 23 jours, ont perdu environ 60 °/°. Les recherches faites par M. Lassaigne sur les résidus trouvés dans les vases, ont démontré que l'acide urique perdu par les calculs ne passe pas tout à l'état d'urate de soude, mais qu'une petite partie se trouve simplement désagrégée, et que, pour les calculs de phosphate ammoniaco-magnésien, il n'y a probablement que désagrégation par dissolution de la matière animale.

Un calcul, composé d'oxalate et de phosphate de chaux et d'un peu d'acide urique, a perdu en trente jours 16 grammes, particulièrement aux dépens de l'acide urique; les autres parties du calcul n'ont perdu que par désagrégation.

Un calcul d'oxalate, avec des traces de phosphate de chaux, et ayant un petit noyau d'urate d'ammoniaque, n'a perdu en quarante-quatre jours que 55 centigrammes. Le petit noyau avait disparu, et un peu d'oxalate de chaux s'était désagrégé.

Un calcul d'urate d'ammoniaque, avec des traces de phosphate et d'oxalate de chaux, a perdu en 18 jours plus de 60 °/°.

Il résulte de là, suivant M. Petit, que les calculs les plus communs peuvent être facilement détruits, soit par dissolution, soit par désagrégation, et que ceux d'oxalate et de phosphate de chaux pourront être désagrégés, toutes les fois qu'ils seront mélangés d'acide urique et de phosphate ammoniaco-magnésien.

Il pense qu'on est encore dans de meilleures conditions contre les calculs frais, qui sont en contact dans la vessie avec une urine alcaline se renouvelant sans cesse, et où d'ailleurs on peut faire, par le procédé de M. Jules Cloquet, des injections au moyen d'une sonde à double courant.

M. Petit nous a fait voir ces calculs tirés de l'eau. Votre commission a constaté qu'ils portent des traces non douteuses de l'action dissolvante qui a été exercée dans tous les sens sur chacun d'eux. Les moitiés correspondantes que M. Petit a conservées intactes, et qu'il nous a fait voir comparativement, donnent en effet, si la division qui en a été faite est impartiale, et à cet égard nous n'avons aucune raison de douter de la sincérité de notre confrère, une idée fort encourageante de la puissance dissolvante dont se trouve douée la masse d'eau qui a agi sur ces fragments de calculs. Vos commissaires ont seulement regretté de ne pas pouvoir apprécier, dans la diminution de ces calculs, la part d'action qu'il faut attribuer à chacune des conditions de l'expérience. Ainsi, ils auraient été bien plus éclairés sur le point qui les occupe s'ils avaient su combien le mouvement de l'eau, combien le renouvellement par grandes masses de ce liquide, combien le volume de cette masse elle-même, sa température devaient réclamer pour leur part dans le changement opéré sur les calculs, et combien, par conséquent, il en devait rester pour le compte de la force dissolvante alcaline.

D'ailleurs, quelle que soit la probabilité en faveur de l'opinion de M. Petit, nous ne croyons pas pouvoir nous prononcer avant des expériences suffisantes sur la question de savoir s'il est plus facile à un liquide quelconque de désagréger des calculs frais, que de séparer les molécules de calculs desséchés depuis longtemps.

Enfin, le troisième opuscule imprimé, la lettre adressée à M. le docteur Civiale, ne renferme aucun fait nouveau; c'est une réponse quelquefois mordante à des critiques de M. Civiale. Mais elle se termine par une proposition que votre commission ne croit pas devoir laisser perdre, non-seulement parce que, partant de l'auteur même, elle prouve sa bonne foi et la sincérité de sa conviction, mais encore parce que, si elle était bien faite, une semblable expérience jugerait souverainement le fait de l'efficacité réelle ou non de l'eau de Vichy. « Comme vous voyez, dit » M. le docteur Petit, en terminant, à M. le docteur » Civiale, comme vous voyez un grand nombre de » calculeux, adressez m'en quelques-uns, de ceux » même, si vous voulez, chez lesquels vous n'osez » pas tenter une opération, pourvu toutefois qu'ils » soient encore en état de supporter les eaux; et je » n'excepte que les cas de calculs de phosphate et » d'oxalate de chaux purs, qui sont rares, et les seuls » contre lesquels l'action des eaux de Vichy soit » douteuse. Vous constaterez vous-même la présence » de la pierre, et vous prendrez son diamètre avant » de commencer le traitement. J'aurai le soin de » vous les renvoyer ensuite, pour que vous les son- » diez de nouveau, et, cela fait, je m'en rapporterai » à vous pour proclamer le résultat. »

C'est par une proposition analogue que nous conclurons.

La seconde partie des renseignements apportés dans la question par M. Petit se compose : 1° d'observations encore inédites, recueillies sur les malades qui ont recouru l'année dernière aux eaux de Vichy pour des affections calculeuses; 2° de nombreux calculs ou débris de calculs provenant de ces malades, et présentés dans une de nos séances par M. Petit, à l'examen de vos commissaires. Nous allons vous offrir successivement l'analyse de chacune de ces observations ; nous les terminerons par les réflexions qu'elles nous ont paru appeler naturellement.

« Obs. I. M. C.... arrive à Vichy, le 15 juillet 1837, » avec tous les symptômes de la pierre. Ces symp- » tômes s'étaient montrés depuis trois ans, après six » ans de gravelle. Il y avait de fréquents pissements » de sang. Le malade n'avait point été sondé; mais » les symptômes ne laissaient point de doute sur la » nature et la réalité d'une affection calculeuse. Le » traitement commencé par six verres d'eau et un » bain chaque jour, fut augmenté jusqu'à douze et » quinze verres chaque jour. Le vingtième jour, après » l'usage des eaux, M. C.... rendit un calcul d'acide » urique, combiné avec des traces d'ammoniaque. » Depuis lors, le malade ne souffre plus et se porte » bien. M. Petit, tout en regrettant que ce sujet n'ait » pas été sondé, demande, en terminant, à tout mé- » decin de bonne foi, si ce malade n'avait pas une » pierre dans la vessie, et s'il n'en a pas été guéri par » l'action des eaux de Vichy. »

Votre commission, messieurs, n'a pu que partager, à l'égard de ce malade, le regret qu'il n'eût pas été sondé avant l'usage des eaux de Vichy, pour bien déterminer le volume primitif du calcul, et qu'il ne l'ait pas encore été après pour s'assurer d'une guérison qui ne paraît pas tout à fait complète. D'ailleurs, le calcul rendu par M. C...., attentivement examiné, offre des traces non douteuses, et unanimement reconnues par la commission, de l'action d'un liquide dissolvant qui l'a attaqué. C'est un fait, pour nous, mis hors de contestation. Il n'y a de controverse possible que sur le volume primitif de la pierre, et peut-être sur la question de savoir si c'est exclusivement à l'eau de Vichy qu'il faut reporter l'honneur de cette cure.

« Obs. II. M. Valerix fut envoyé à Vichy, le 16 » juillet 1837, par M. le docteur Boudant. Graveleux » depuis longtemps, ce malade présentait depuis » près de deux ans les phénomènes caractéristiques » de la présence d'un calcul. M. Boudant et M. Petit » avaient constaté en effet que la vessie en contenait » un, qui leur parut de petit volume. M. Valerix fut » soumis à un traitement actif, et le 6 août, il ren- » dit en urinant un corps étranger qui se perdit dans » la baignoire; on continua encore quelque temps » l'eau de Vichy, et le malade, qui rend encore sou- » vent de l'urine chargée d'acide urique, n'accuse » pourtant plus aucune douleur qui puisse faire » soupçonner l'existence d'un calcul dans la vessie. »

Ici, le calcul avait été reconnu petit par les explorations; c'est l'analogue du malade examiné par M. Leroy d'Étiolles. Pour s'édifier complétement, votre commission aurait désiré quelque observation, dans laquelle le volume du calcul bien constaté aurait permis de juger, après le traitement, ou d'une diminution de volume telle qu'il pût effectivement sortir avec les urines, ou au moins d'un décroissement qui en promît l'expulsion dans un délai plus ou moins rapproché. Malheureusement encore le calcul n'a pas été conservé, et il est impossible de se livrer à quelque conjecture que ce soit sur sa nature et sur les modifications qu'il a subies pendant le traitement.

« Obs. III. M. Chaumont, venu à Vichy, le 8 août » 1837, pour une pierre dans la vessie, dont la pré- » sence a été constatée dès son arrivée par M. Petit, » prit chaque jour de huit à dix jusqu'à vingt verres » d'eau et un bain. Au bout de vingt jours, il était » déjà notablement soulagé. Il continua, même après » avoir quitté Vichy, où il avait déjà senti deux fois » comme un corps étranger qui s'engageait dans » l'urèthre, de prendre des boissons alcalines. Enfin, » le 23 septembre, il rendit avec douleur en urinant » un noyau de calcul de la grosseur d'une aveline. » M. Lassaigne a trouvé cette pierre composée d'a- » cide urique combiné avec des traces d'ammoniaque » et une petite quantité de soude à la surface. A » compter de ce moment, le soulagement a été ex- » cessivement sensible. Le malade se croit presque » complétement guéri; mais il se refuse à tout ca- » thétérisme. M. Petit espère, s'il reste encore un » second calcul, que le malade le rendra pendant la » saison prochaine, où le malade se propose de ve- » nir prendre les eaux. »

Il est à désirer, en effet, que M. Chaumont aille à Vichy pour compléter, s'il est possible, sa guérison. Car votre commission avoue qu'elle craint, et c'est surtout l'examen du calcul rendu qui lui inspire cette crainte, qu'il n'y ait dans la vessie quelque autre corps étranger. Le calcul que nous avons scrupuleusement examiné est attaqué dans un très-grand nombre de points, comme s'il avait été soumis à l'action d'un dissolvant assez puissant. La commission regrette vivement que M. le docteur Petit n'ait pas déterminé, pendant qu'il sondait le malade, d'une manière précise le volume de la pierre dont il avait reconnu facilement la présence.

« Obs. IV. M. Larigaudie, âgé de 62 ans, arriva à » Vichy, le 5 août 1837, avec tous les symptômes de » la pierre. Un calcul de moyenne grosseur avait été » reconnu dans la vessie par un médecin, neveu du » malade. Aussitôt l'arrivée, traitement actif par les » eaux; les urines deviennent promptement alcalines; » amélioration de tous les symptômes en même temps » que les urines emmènent des parcelles, comme » écailleuses, de calcul. Ces débris, rendus en grand » nombre, ont paru à M. Lassaigne de l'acide urique » combiné à des traces d'ammoniaque, et à une pe- » tite quantité de soude. Après avoir rendu une assez » grande quantité de ces débris, qui ressemblent » assez bien à de petites esquilles, le malade peut » faire sans douleur de longues courses en voiture » et à cheval, ce qui eût été de toute impossibilité » auparavant. Il est constant, ajoute M. Petit, que » M. Larigaudie avait depuis plusieurs années tous » les symptômes de la pierre; que la présence de » cette pierre a été constatée par la sonde avant le » traitement; que le malade, d'abord et immédiate- » ment soulagé par l'usage de l'eau de Vichy, a rendu

» successivement, et sous l'influence du traitement,
» un grand nombre de fragments de calcul urinaire ;
» que, depuis, tous les symptômes ont disparu. C'est
» un cas dans lequel le calcul a été détruit en partie
» par dissolution et en partie par désagrégation. »

Cette observation serait péremptoire si, au lieu de se borner à dire que le calcul avant le traitement était de grosseur moyenne, on en avait bien déterminé le volume, et surtout si l'on avait, après le traitement, constaté par une exploration attentive que la vessie n'en contient plus. Les débris rendus par le malade sont néanmoins très-remarquables, et nous avons cru un instant toucher à la conviction.

« Obs. V. M. Dubar, qui présentait les mêmes
» symptômes que les malades précédents, n'a jamais
» voulu se laisser sonder. Traité comme les autres à
» Vichy, ce malade, qui buvait presque vingt-cinq
» verres d'eau par jour, rendit les mêmes écailles
» que le précédent. Son état s'améliora rapidement :
» de telle sorte que, venu le 6 août 1837, il put partir
» dans les premiers jours de septembre, dans un état
» qui ne diffère point de la meilleure santé.

» L'analyse que M. Lassaigne a faite des écailles
» rendues par ce malade a montré encore qu'elles
» étaient composées d'acide urique combiné à des
» traces d'ammoniaque et à une petite quantité de
» soude (1).

M. Petit a reçu depuis et nous a communiqué des lettres qui lui rendent compte de l'état de deux malades traités par l'eau de Vichy. L'un de ces malades est un graveleux qui n'a pas pris plus de 12 onces d'eau de Vichy chaque jour, et encore n'a-t-il suivi le traitement qu'avec peu de continuité pendant des intervalles irréguliers. Il a néanmoins rendu à plusieurs reprises des calculs assez volumineux.

L'autre observation est écrite par le malade, médecin lui-même. C'est M. le docteur Lousier, demeurant à Vendôme. Dans une lettre que nous avons eue sous les yeux, le malade raconte les faits suivants : Jusqu'au mois de mars 1837, il avait, depuis 30 ans, rendu souvent des graviers rougeâtres avec ses urines ; mais il y avait fait peu d'attention ; lorsqu'il commença vers cette époque à éprouver les douleurs qui annoncent la présence d'une pierre dans la vessie. Il se sonda dans le mois de juin, et se fit sonder par M. le docteur Salis ; à l'aide d'une sonde d'argent ils reconnurent tous deux la présence d'une pierre située à la partie interne et droite du col de la vessie ; elle leur sembla d'un certain volume et hérissée d'aspérités comme tous les graviers déjà sortis. La pierre se retrouva toujours telle et à la même place pendant les premiers temps du traitement.

Le malade se mit à boire chaque jour de cinq à dix verres d'eau de Vichy, chaque verre accompagné d'une pastille de D'Arcet, et pendant l'été, trois à quatre fois par semaine, il prit un bain d'eau à 28°, tenant en dissolution d'une demi-livre à une livre de bi-carbonate de soude. Régime rigoureux, peu agité ; abstinence de vin.

Dès que les urines furent bien alcalines, elles cessèrent de charrier du sable. Au commencement de septembre, la sonde ne faisait plus reconnaître les aspérités de la pierre, et le volume de celle-ci paraissait beaucoup diminué. Elle occupait toujours la même place ; mais la sonde en avait heurté une ou plusieurs autres très-vacillantes dans la vessie.

Le 25 septembre, M. Lousier, en urinant, rendit un calcul du poids de 14 grains ; deux mois après, un autre calcul pesant 25 grains ; puis un troisième calcul un peu plus petit sortit un mois après ; enfin un quatrième fut encore expulsé au bout de deux mois. Depuis cette époque, le catarrhe vésical a considérablement diminué ; la sonde ne reconnut plus de calcul dans la vessie ; il n'y a plus qu'un peu de pesanteur au périnée, quand le malade prend un peu plus d'exercice.

Les calculs rendus par M. Lousier sont entre les mains de M. le docteur Petit ; nous les avons vus. Ils paraissent à leur surface moins attaqués par un dissolvant que la plupart de ceux que notre confrère nous a montrés ; néanmoins ils en portent des traces non douteuses.

Cette dernière observation semble à votre commission plus concluante que toutes les précédentes, parce qu'elle se rapproche plus des conditions qu'en thérapeutique on est en droit d'exiger aujourd'hui pour admettre l'efficacité du remède. Le calcul a été reconnu non-seulement par le malade, mais encore par M. le docteur Salis ; ils en ont déterminé approximativement le volume, la forme et la position ; le malade a suivi, pour ainsi dire, la décroissance du calcul ; il a rendu plusieurs pierres qu'il avait en effet plusieurs fois heurtées avec la sonde, et depuis, il ne sent plus celui qu'il avait l'habitude de trouver constamment à la même place ; les calculs présentent d'ailleurs l'apparence que nous avons reconnue aux autres. Il est difficile, ce nous semble, de refuser une grande valeur à cette observation.

Pour résumer maintenant les conclusions auxquelles nous croyons pouvoir arriver sur les documents dont nous venons de faire devant vous le dépouillement, nous pensons :

1° Qu'on ne peut pas nier qu'une action dissolvante ait été exercée sur la plupart des calculs qui nous ont été présentés par M. le docteur Petit ;

2° Que la couche légère d'urate de soude existant sur plusieurs points de leur surface, examinée par M. Lassaigne et reconnue par lui, donne la preuve que l'action dissolvante a été exercée par une solution de cet alcali ;

3° Que l'état des urines de ceux qui ont bu abondamment de l'eau de Vichy permet de croire que l'urate de soude, déposé à la surface des calculs que nous avons vus, provient de l'alcali dissous dans ces urines, combiné avec l'acide urique du calcul ;

4° Qu'il ne répugne point d'admettre comme utile l'action dissolvante de l'alcali sur le mucus qui unit dans les calculs les molécules pierreuses ;

5° Que ces observations, remarquables à ne les prendre qu'isolément, gagnent par leur ensemble une nouvelle force ; car il serait prodigieux que tous les malades traités par les eaux alcalines fussent par hasard de ceux qui doivent rendre en urinant des calculs déjà formés ;

(1) La soude paraît à M. Petit provenir tout naturellement du traitement par l'eau de Vichy. Il regarde cet état de l'acide urique combiné comme une transition nécessaire pour la guérison.

6° Que de l'examen de ces observations, de l'ensemble de ces faits résulte une présomption puissante en faveur du traitement préconisé par M. Petit;

7° Que, néanmoins, nous n'y trouvons pas la preuve matérielle qu'il faudrait pour nous faire prononcer affirmativement et sans restriction.

Cette preuve est justement celle qui résulterait de la proposition faite par M. Petit à M. Civiale. Il faudrait que des chirurgiens expérimentés voulussent bien avant le traitement déterminer, avec toute la précision possible, le volume du calcul, pour apprécier à la fin, par une nouvelle exploration aussi rigoureuse, la diminution qu'on aurait obtenue.

C'est, au point de vue qui nous occupe, la seule condition qui manque aux faits observés par M. Petit pour entraîner notre conviction absolue; mais cette condition est indispensable.

En conséquence, nous avons l'honneur de vous proposer:

1° De remercier notre honorable confrère pour la communication bienveillante et utile qu'il nous a faite;

2° D'inviter tous les membres de la société à prêter leur concours à la solution d'une question si importante, soit en choisissant des malades appropriés, soit en prêtant leurs lumières spéciales pour aider à déterminer exactement les éléments de l'expérience.

Il serait à désirer pour cela que les membres de la compagnie qui traitent en ce moment des calculeux, et qui seraient disposés à tenter de les guérir par l'action dissolvante de l'eau de Vichy, voulussent bien déterminer leurs malades à se laisser sonder par ceux des chirurgiens spéciaux que la société compte dans son sein, et qui seraient désignés comme commissaires pour recueillir ainsi, au nom de la société, les notions les plus précises sur la nature, le volume de la pierre et le traitement. Il faudrait que les malades, après un usage régulier des eaux de Vichy, se soumissent encore à la même exploration par les mêmes commissaires. De cette manière, le volume comparé des calculs, avant et après l'usage de l'eau de Vichy, se trouverait rigoureusement déterminé, et on conclurait sans restriction, suivant les résultats obtenus.

Quelques faits bien authentiques de ce genre suffiraient pour résoudre l'un des problèmes les plus intéressants dont notre art s'occupe. Nous n'avons pas besoin d'insister sur tout ce que la science et l'humanité y gagneraient, si la solution affirmative était enfin irréfragable.

---

*Mémoire sur l'iritis;* par M. Pamard, docteur en médecine et en chirurgie, chirurgien en chef des hôpitaux civils et militaires d'Avignon, etc.

(Suite et fin (1).)

*Traitement de l'inflammation du tissu propre de l'iris, précédée de l'inflammation de la membrane de l'humeur aqueuse.*—Nous ne retracerons pas ici le tableau de cette affection. On concevra facilement que les membranes qui forment l'iris étant toutes deux enflammées, la position du malade doit être plus fâcheuse. Aussi devons-nous, dans ce cas, agir avec une grande énergie; heureux lorsque nous arrivons à temps et que nos moyens sont assez puissants pour prévenir des désordres irréparables!

Obs. V. — Le malade qui fait le sujet de cette observation a dû nécessairement fixer notre attention, puisque à deux époques différentes il est venu à notre hôpital, présentant la même affection; que la première fois il voulut malgré notre avis sortir sans être guéri, et perdit complétement un œil, tandis que dernièrement il fut moins rebelle à nos avis, et nous parvînmes à lui sauver l'autre œil qui était menacé du même danger que le premier.

Vidal (Jean-Baptiste), âgé de 52 ans, cultivateur, entra à l'hôpital le 8 décembre 1827, offrant les symptômes suivants : Douleurs vives et pulsatives, s'étendant à toute la tête, avec sentiment de tension vers l'œil; sclérotique d'un rouge vif, plus intense autour de la cornée; iris d'un rouge brun, bords pupillaires tuméfiés et présentant dans deux points des taches blanches, faisant une saillie évidente.

Ce malade fut soumis à notre traitement; le mal fut arrêté dans ses progrès, mais n'avait pas encore diminué, lorsque Vidal voulut absolument sortir; il passa huit jours chez lui. Au bout de ce court espace de temps, il revint dans un état encore plus grave que la première fois, avec un hypopyon considérable. Nous reprîmes l'usage du calomel uni à la belladone; déjà l'hypopyon commençait à s'absorber, la pupille était moins contractée, lorsque, le 19 janvier 1828, Vidal voulut absolument sortir de nouveau. Nous avions complétement perdu de vue ce malade, lorsque le 8 janvier 1835, sept années après sa première maladie, il est venu se présenter de nouveau à l'hôpital. L'œil gauche est complétement perdu; il y a arthésie de la pupille et synéchie postérieure, plus de trace de l'hypopyon qui a été absorbé; le malade souffre de vives douleurs dans les deux yeux, les sclérotiques sont rouges; l'œil droit nous offre les mêmes symptômes observés autrefois dans l'œil gauche, mais cette fois nous trouvons plus de docilité chez le malade qui craint pour son autre œil le sort du premier. Une forte saignée est pratiquée, 36 grains de calomel sont pris pendant six jours et produisent un fort ptyalisme; nous ne réussissons pourtant pas à prévenir l'ouverture d'un petit abcès à la surface de l'iris et qui produit un onyx; nous faisons ouvrir la saphène, placer un séton à la nuque, et prendre matin et soir 1 grain d'extrait de belladone. Nous vîmes peu à peu le pus épanché dans la chambre antérieure s'absorber, la pupille se dilater, la sclérotique reprendre sa couleur normale, les douleurs disparaître; enfin l'œil ne conserva d'autre trace de cette affection qu'une cicatrice blanchâtre au point de l'iris qui avait été occupé par l'abcès. Vidal sortit le 19 janvier, n'éprouvant plus aucune douleur dans les yeux et voyant parfaitement de l'œil droit : on doit se rappeler que le gauche présentait des altérations irréparables.

Obs. VI. — Nous devons cependant avouer qu'il est des cas, extrêmement rares il est vrai, où la maladie a une tendance à la destruction de l'organe, sans qu'on

(1) Voir le t. XXX. (2e s. de l'Encyclographie; Revue méd., p. 92).

puisse la prévenir par le traitement le mieux dirigé.

M. Raynaud, officier en retraite, âgé de 72 ans, nous fit appeler, le 19 décembre 1834, pour le soigner d'un mal aux yeux qui, nous dit-il, datait d'une semaine; il souffrait horriblement, surtout de l'œil gauche; il y avait trouble dans l'humeur aqueuse, zone d'un rouge intense à la sclérotique, contraction de la pupille et coloration en vert grisâtre de l'iris. Le malade fut immédiatement saigné; il prit 36 grains de calomel pendant quatre jours; la salivation se manifesta et devint intense; le mal semblait diminuer, lorsque, sans cause appréciable, le 10 janvier, les douleurs reparurent avec plus de vivacité; la rougeur gagna toute la sclérotique, le bord pupillaire se tuméfia, l'iris se couvrit de taches blanches. Nous fîmes renouveler la saignée, appliquer des vésicatoires aux bras; nous voulions revenir au calomel, mais le malade, fatigué de son premier ptyalisme, n'y voulut jamais consentir. Alors, espérant avoir à son insu une action sur la bouche, nous fîmes panser les vésicatoires avec de l'onguent mercuriel double; ce moyen, qui produit quelquefois le ptyalisme, échoua chez ce malade. Les douleurs étaient vives; nous fîmes des onctions avec de la pommade de belladone sur le front, et nous donnâmes un grain matin et soir de l'extrait de cette plante à l'intérieur. Nous fîmes prendre des pédiluves sinapisés, des lavements émollients, des tisanes rafraîchissantes, et nous ordonnâmes la diète.

Malgré cet ensemble de moyens, la marche de la maladie ne fut nullement arrêtée; elle fit des progrès constants. Une circonstance sembla l'aggraver : un des parents du malade lui ayant assuré qu'il avait été soulagé dans une maladie qu'il avait eue aux yeux par des applications d'une décoction de mauve et de pavot, il voulut absolument en essayer, mais il fut bientôt détourné de cette pratique par l'augmentation de la douleur. Un phénomène que nous devons noter, et qui est en opposition avec ce que nous observons dans la généralité des cas, c'est que les douleurs étaient plus vives lorsque l'œil était libre et qu'elles diminuaient lorsque l'œil était couvert par une compresse sèche et chaude appliquée immédiatement sur l'œil; mais toutes les applications de collyre, soit tièdes, soit froides, augmentaient la souffrance. La cornée participa à l'inflammation, elle s'ulcéra, il survint un hypopyon; le bord pupillaire se porta en avant et contracta des adhérences avec la surface de la séreuse qui tapisse la cornée; il s'établit une synéchie antérieure, sans occlusion pourtant de la pupille, mais la vue fut complétement perdue. Aujourd'hui, 19 février, après deux mois de traitement, le malade souffre encore de son œil gauche; mais les douleurs sont légères, la rougeur de la sclérotique a disparu; l'ulcère de la cornée se cicatrise, mais il n'en reste pas moins des désordres dans l'œil qui le rendent à jamais impropre à remplir ses fonctions.

*Traitement de l'inflammation du tissu propre de l'iris, suivie de l'inflammation de la membrane de l'humeur aqueuse.* — On doit se rappeler que nous avons observé que cette forme de maladie était due à la modification apportée à l'économie par la présence du virus syphilitique. Aussi verra-t-on que nous éprouvons ici la nécessité de changer cette disposition de l'organisme par un traitement convenable pour obtenir une guérison entière et durable. Lorsque nous nous sommes borné à donner une secousse à l'économie par l'administration du calomel à haute dose, nous avons vu la maladie diminuer momentanément, mais reparaître bientôt; tandis que nous avons obtenu des guérisons solides par l'administration d'un traitement antisyphilitique régulier, ce qui, soit dit en passant, est un argument de plus contre l'opinion de ceux qui pensent que le mercure agit comme dérivatif dans le traitement de la syphilis.

On pourra faire la même remarque en parcourant le mémoire de Guthrie (1), où il préconise la térébenthine. On y verra dans la quatrième observation qu'Anne Dugdale, affectée d'une iritis syphilitique, prit vainement la térébenthine et ne put être guérie que par les mercuriaux.

Obs. VII.—Madame C., jeune et jolie femme, âgée de 22 ans, mariée à un homme qui menait une vie irrégulière, nous fit appeler dans les premiers jours de décembre 1834 : elle souffrait de l'œil gauche depuis quelque temps, les douleurs augmentaient la nuit, la pupille était à peine resserrée, et il fallait une grande attention pour découvrir, près de l'anneau pupillaire, une teinte légèrement jaunâtre sur l'iris, qui était d'un beau bleu; la sclérotique présentait une zone très-légère d'un rose tendant au violet; la vue, néanmoins, était considérablement diminuée. Nous trouvâmes les caractères d'une iritis commençante et dont la nature nous paraissait suspecte; nous questionnâmes avec soin cette dame et son mari, dont nous n'étions pas le médecin ordinaire, sans pouvoir en obtenir aucun aveu qui pût nous faire croire à une affection syphilitique.

Nous ordonnâmes une saignée, 6 grains matin et soir de calomel uni à un demi-grain de belladone, des pédiluves et des boissons rafraîchissantes. Au bout de quelques jours, l'irritation gastro-intestinale nous obligea de suspendre les pilules, sans que nous nous aperçussions d'aucun changement dans l'état des yeux. Nous revînmes à la saignée, nous fîmes appliquer des vésicatoires, nous reprîmes l'usage des pilules, sans observer ni diminution, ni augmentation dans la maladie. Enfin nous prîmes la malade à part, et, poussée par nos questions, elle nous dit qu'elle avait eu, sans savoir pourquoi, une perte blanche pendant l'été; que son mari lui avait dit que cette affection provenait des chaleurs et qu'il lui avait lui-même donné des remèdes; mais qu'elle les croyait trop forts, car, depuis lors, elle avait toujours été souffrante. Dès lors il n'y eut plus de doute pour nous sur la cause du mal : nous vîmes le mari, qui nous avoua qu'il avait eu, disait-il, un échauffement et qu'il l'avait communiqué à sa femme, et que son mal aux yeux ne pouvait venir que de là. On pense bien que nous ne fîmes pas grand cas de ces assurances; nous mîmes madame C. à l'usage du proto-iodure de mercure, dont elle prit matin et soir 1 grain pendant un mois; la maladie resta stationnaire pendant les quinze premiers jours du traitement. Mais ensuite les douleurs diminuèrent; la

(1) Op. cit.

sclérotique reprit une belle teinte blanche, la pupille se dilata, la légère couleur cuivrée de l'anneau pupillaire disparut, la vue revint. Aujourd'hui la guérison est parfaite.

Nous pensons que, dans ce cas, le tissu musculaire a été principalement affecté, et que la séreuse n'a participé que bien légèrement à la maladie.

Nous allons actuellement tracer l'histoire d'une iritis syphilitique, où les deux membranes furent plus fortement compromises.

Obs. VIII.— Le 27 janvier 1833, madame B***, de mœurs peu austères, nous pria de lui donner des soins dans une maladie des yeux qui, depuis quelques jours, lui causait des douleurs vives qui augmentaient la nuit et rendaient la vue trouble. Nous trouvâmes, en effet, la sclérotique présentant autour de la cornée un cercle d'un rouge tirant sur le brun; les pupilles contractées, portées en dedans; l'iris terne, couvert de taches jaunâtres. Nous diagnostiquâmes une iritis. Nous ordonnâmes une saignée, qui fut immédiatement suivie de l'administration du calomel, dont la malade ne prit que pendant quarante-huit heures et qui produisit chez elle un ptyalisme très-abondant. Le mal diminua pendant douze jours; mais, à mesure que la salivation diminuait, les symptômes de la maladie reparaissaient avec une nouvelle intensité; nous pensâmes alors que nous devions attribuer cette maladie à l'existence de la syphilis chez la malade. Elle avoua, non sans de pressantes questions, qu'elle avait eu des rapports avec un officier polonais, et que depuis lors elle avait des cuissons aux parties sexuelles et une perte; nous examinâmes et nous reconnûmes l'existence d'un ulcère sur les grandes lèvres; nous pensâmes que nous devions agir sur la cause première du mal; nous mîmes madame B*** à l'usage de la tisane sudorifique et du proto-iodure de mercure pris à la dose d'un grain, matin et soir : elle continua ce traitement pendant un mois. Après ce laps de temps, l'ulcère des parties génitales disparut, ainsi que l'affection des yeux. Depuis lors, elle n'a plus éprouvé de rechute.

*Traitement de l'affection simultanée du tissu propre de l'iris et de la séreuse qui le revêt.* — Lorsqu'une cause externe agit sur l'iris, ses membranes sont trop ténues pour qu'une d'elles puisse être intéressée, sans que l'autre participe à la lésion. Aussi, dans l'iritis traumatique, avons-nous constamment affaire à une inflammation des deux tissus qui entrent dans la formation de cet organe; sommes-nous exposé à des accidents plus graves et voyons-nous souvent tous les moyens échouer.

IXe Obs.—M. G***, maire d'une ville de nos environs, d'un tempérament sanguin, d'un caractère très-inquiet, vint se faire opérer de la cataracte dans le mois de septembre 1833. L'opération pratiquée par extraction, selon notre méthode, fut des plus heureuses; tout nous annonçait une guérison des plus promptes, lorsque le quatrième jour après son opération, pendant que le temps était froid et qu'il tombait une forte pluie, il eut la funeste idée de faire ouvrir les fenêtres de sa chambre pour renouveler l'air; nous arrivions pour voir notre opéré, lorsqu'à notre grand étonnement nous vîmes les fenêtres tout ouvertes; on nous annonça que depuis plus d'une heure elles avaient été tenues dans cet état par l'ordre exprès du malade. Nous ne lui cachâmes pas le danger auquel il s'était exposé, et combien il avait compromis le succès de son opération.

L'événement justifia nos craintes : la nuit fut douloureuse, l'œil, qui était auparavant d'une couleur naturelle, devint rouge; la cicatrice de la cornée, qui s'était déjà formée, se rompit; le lambeau se souleva; enfin tout nous annonça qu'une ophthalmie grave se déclarait.

Le malade fut immédiatement saigné; il prit trente-six grains de calomel pendant trois jours; des vésicatoires furent placés aux bras. Ce traitement énergique enraya les progrès du mal; mais il fallut plus de deux mois avant que l'œil pût supporter la clarté du jour; l'iritis prit le caractère chronique, la pupille se contracta et fut maintenue dans un état d'artésie incomplète par la formation de brides accidentelles, malgré que nous fissions usage de la belladone, et que nous l'eussions poussée jusqu'à six grains par jour. Nous employâmes les bains généraux avec affusions froides sur la tête, qui procurèrent du soulagement; les douleurs disparurent, la photophobie cessa; mais M. G*** conserva un resserrement de la pupille qui gênait la vue, ce qui ne l'a pas empêché de conserver le gouvernement municipal, auquel il attachait beaucoup de prix.

On voit dans cette observation que nous sommes parvenu à modérer les progrès du mal, mais non à le dompter, puisqu'il a passé à l'état chronique et a laissé des traces qui ne s'effaceront jamais. Nous allons voir la maladie marcher avec plus de vitesse et avoir des suites encore plus funestes.

Xe Obs.—Arnaud, cultivateur, âgé de 62 ans, habitant les environs, vint à l'hôpital réclamer nos soins. Il entra, comme malade payant, le 1er mars 1834. Les yeux présentaient des cataractes de bonne nature, mais les conjonctives étaient rouges; il y avait hypersécrétion de l'humeur de Meïbomius. Aussi, annonçâmes-nous aux élèves que nous craignions que les suites de l'opération ne fussent pas heureuses. Le malade voulut absolument être opéré des deux yeux le même jour, et, contre notre habitude, nous y consentîmes; ce dont nous eûmes lieu de nous repentir, comme on va le voir : L'opération ne présenta rien qui fût digne d'être noté; elle fut pratiquée le 12, après quelques jours de préparation; le même jour une saignée fut pratiquée, et des vésicatoires furent placés aux bras; le malade allait parfaitement, lorsque six jours après, dans la nuit du 18 au 19, il survint de la douleur; il avait mangé à notre insu, la veille. Nous trouvâmes les yeux rouges, principalement le droit, l'iris tuméfié, porté en avant; les douleurs s'étendaient à la tête, elles étaient pulsatives; les cicatrices, qui étaient déjà formées, tendaient à se rompre; nous renouvelâmes la saignée et prescrivîmes trente-six grains de calomel; il y eut intolérance absolue de ce remède; il survint des coliques vives; nous fûmes obligé de suspendre les pilules; les yeux étaient plus malades que la veille; il était survenu des chémosis et un larmoiement abondant. La maladie fit des progrès jusqu'au 25; à cette époque, les cicatrices des cornées étaient rompues; il y avait un hypopyon dans chaque œil; nous avions employé des lavements émollients, du petit-lait, des potions morphinées pour

calmer les douleurs; rien n'avait arrêté les progrès du mal; nous revînmes au calomel, qui produisit une salivation abondante au bout de deux jours. Dès cette époque, la résolution s'établit, les douleurs et l'engorgement diminuèrent; nous fîmes passer un séton à la nuque et prendre la belladone à l'intérieur. Enfin, le 19 avril, un mois après l'invasion de la maladie, les yeux furent complétement débarrassés de toute inflammation, mais son passage avait laissé des désordres qui ne pouvaient s'effacer; l'iris droit avait contracté des adhérences avec la cicatrice de la cornée, et la vue était absolument nulle; à l'œil gauche il y avait bien aussi adhérence avec la cornée, mais elle n'avait lieu que dans un point très-peu étendu; il en résultait une pupille triangulaire, mais le malade voyait assez bien de cet œil. Il est sorti de l'hôpital et nous ne l'avons plus vu depuis lors.

Nous devons, avant de terminer ce qui concerne le traitement de l'iris, succédant à une plaie, ou à l'opération de la cataracte, dire que relativement aux topiques, nous faisons une exception à notre manière habituelle d'agir, et il y a ici une raison toute simple : nous avons affaire à une solution de continuité, à une véritable plaie; il faut donc la mettre à l'abri du contact de l'air. Les applications ont en outre l'avantage de diminuer la mobilité de l'organe et de faciliter par conséquent la cicatrisation. Relativement à la nature de ces topiques, nous avons l'habitude de nous servir d'une décoction de mauve et de pavot, froide. M. Carron du Villards (1) préconise l'eau de laurier cerise frappée de glace. Nous n'avons jamais expérimenté ce moyen. Nous ne serions peut-être pas éloigné de l'employer, si on en excepte pourtant la température que nous regardons comme trop basse.

Nous avons vu que l'iritis succédait aussi aux contusions, et nous avons montré combien il était important d'agir, dans ces cas, avec promptitude. L'observation qui va suivre en fournira un exemple qui n'est pas sans intérêt :

XIe Obs.—Sauvage, Pierre, maréchal-ferrant, âgé de 20 ans, entre à l'hôpital le 28 novembre 1834. En se baissant avec rapidité pour ramasser un objet qu'il avait laissé tomber, il se donne un coup violent à l'angle interne de l'œil droit, en frappant sur un pieu qui était planté dans la terre. Il ressentit subitement de vives douleurs et n'y vit plus. Comme il travaillait dans un pays assez éloigné de notre ville, il n'entra à l'hôpital que trois jours après l'accident. Nous trouvâmes l'œil dans l'état suivant : Les parties environnantes de l'orbite sont noirâtres, ainsi que les paupières; la conjonctive est violette, la chambre antérieure est remplie de sang mêlé à l'humeur aqueuse, ce qui ne permet pas de voir l'iris et donne à l'œil une couleur uniforme d'un rouge brun; la cornée est tendue; elle est plus convexe que celle de l'autre œil, la vue est complétement abolie, les douleurs sont vives et pulsatives.

Une saignée de vingt-cinq onces est immédiatement pratiquée, 30 grains de calomel sont pris dans la journée, on fait des lotions fréquentes avec de l'eau mêlée à notre collyre. Après deux jours de traitement, l'état du malade ne s'améliorant pas, comme nous pensions que le danger était imminent, nous renouvelâmes la saignée et doublâmes la dose de calomel; le malade en continua l'usage pendant trois jours. A cette époque, la salivation que nous désirions ardemment se manifesta; mais aussi le jour même il y eut amélioration dans l'état de l'œil; la cornée est moins tendue, on distingue l'iris, dont la pupille est extrêmement dilatée, surtout à la partie interne; il est d'une couleur brun très-foncé, tendant au rouge, tandis qu'il est d'un gris clair dans l'œil sain, il a perdu absolument sa contractilité, la vue est toujours abolie. Le ptyalisme étant abondant, nous supprimons le calomel, nous faisons appliquer 25 sangsues aux chevilles et placer des vésicatoires aux bras. A dater de cette époque, l'absorption de la matière épanchée commença à s'opérer; elle s'effectua complétement, l'iris reprit sa couleur naturelle, la pupille resta encore dilatée pendant assez longtemps, surtout à la partie interne qui correspondait au point où la contusion avait été plus forte; l'œil reprit peu à peu la faculté de voir, et le 19 décembre, Sauvage sortit complétement guéri.

Le temps nous presse : nous bornons là nos observations. Nous aurions pu en rapporter un grand nombre; mais nous avons été obligé de nous borner à celles où les caractères de la maladie étaient le mieux tranchés. Nous croyons qu'elles auront contribué à faire partager à nos lecteurs notre manière de voir sur les affections de l'iris. *Observatio est filum ad quod dirigi debent medicorum ratiocinia* (1).

### CONCLUSIONS.

De ce qui précède, nous croyons que l'on peut conclure :

1° Que l'iris est formé de deux membranes distinctes;

2° Qu'une de ces membranes est de nature séreuse, et que l'autre est musculeuse;

3° Que ces membranes peuvent être isolément ou simultanément affectées;

4° Que le plus souvent la maladie débute tantôt par l'une, tantôt par l'autre de ces membranes et n'affecte l'autre que secondairement;

5° Que la séreuse joue le plus grand rôle dans les maladies de l'iris;

6° Que cette membrane séreuse étant commune à l'iris et à d'autres parties essentielles de l'œil, elle expose à une rapide propagation de la maladie et à des adhérences anormales très-fâcheuses;

7° Que notre manière de considérer l'iritis explique facilement les avantages du mercure;

8° Que ce médicament a été utile dans toutes les formes de l'iritis;

9° Que les bons effets du mercure doivent être attribués à l'hypersécrétion salivaire qu'il détermine, et non à son action dérivatoire sur le tube digestif;

10° Que nous avons reconnu l'utilité de la belladone, comme la généralité des praticiens; mais qu'en

(1) Mémoire sur l'emploi thérapeutique du laurier-cerise (*Revue médicale*, septembre 1830).

(1) Praxis medica, c. XII, p. 6.

opposition avec un grand nombre *d'auteurs*, nous proscrivons son application sur l'œil, comme très-pernicieuse ;

11° Que nous regardons l'action des topiques comme presque nulle, et que nous en faisons peu usage ;

12° Que nous proscrivons les applications émollientes continues, et que nous regardons le contact de l'air avec l'œil comme utile, si toutefois on excepte l'iritis traumatique, où nous conseillons les applications froides ;

13° Que nous regardons les saignées générales comme utiles, mais que nous proscrivons les saignées locales, près du siége du mal, comme funestes ;

14° Que nous sommes partisan, au contraire, des saignées dérivatives, et que nous les faisons dans le lieu le plus éloigné du mal ;

15° Enfin, que notre manière de considérer l'iris, ses maladies et son traitement, porte de la clarté dans le diagnostic, de la certitude dans le pronostic et de la simplicité dans la thérapeutique, qui doivent être le but auquel doivent tendre tous les médecins.

---

*Du danger d'être enterré vivant et des moyens de constater la mort;* mémoire lu à la Société de médecine de Paris, par M. R. Bourgeois, D. M. P., membre résidant, et imprimé par décision de cette Société.

> Qui tôt ensevelit bien souvent assassine.
> Et tel est cru défunt qui n'en a que la mine.
> Molière.

La fragilité de l'existence humaine est passée en proverbe : c'est à peine une métaphore que de comparer la vie à une flamme vacillante et qui s'éteint au moindre souffle. Si fugitive toutefois qu'on la suppose, et bien que véritablement elle succombe parfois sous l'effort le moins appréciable, il est néanmoins aussi des circonstances dans lesquelles, comme une sorte de problème, elle se conserve au milieu des causes de destruction les plus actuelles, les plus positives.

Inconnue dans son principe comme dans son essence, la vie, d'après notre immortel Bichat, est l'ensemble des fonctions qui résistent à la mort. Confondue, à ce titre, avec l'innervation et s'exerçant par elle, cette résistance est nécessairement passible de toutes les vicissitudes qui s'attachent à cette grande fonction. Or, combien celles-ci ne sont-elles pas nombreuses et variées? Quelle graduation d'irrégularités et de contrastes n'y observe-t-on pas depuis le point le plus élevé de la réaction jusqu'au dernier terme de l'inertie?

Les supplices des anciens temps ont souvent donné de cette puissance de vitalité une mesure bien propre à frapper l'étonnement. Ainsi, Damien, ce misérable, cet insensé, qu'une législation atroce dévoua à de si affreuses tortures, les supporta toutes sans succomber. Après avoir eu les quatre membres rompus et arrachés, jeté sur l'échafaud, sanglant et réduit qu'il était, en quelque sorte, à un tronc profondément meurtri et dilacéré, Damien, après trois jours, respirait encore ; il demandait à boire, et implorait le coup de grâce de la pitié de ses bourreaux.

Or, dans les maladies, une semblable lutte n'est-elle pas, jusqu'au dernier moment, engagée et soutenue par l'organisme dans des limites qui ne sauraient être préjugées?

Suivie dans un sens inverse et sur une échelle de décroissement, la résistance vitale présente des phénomènes analogues, phénomènes qui, dans un grand nombre de cas morbides, aboutissent à une suspension complète de toute conscience comme de toute impulsion sensoriales.

Là se placent : d'abord, les affections comateuses ou carotiques, et au premier rang la léthargie, état si semblable à la mort qu'il en est vulgairement spécifié comme le plus insidieux simulacre; les asphyxies, l'apoplexie, et en général les lésions nombreuses que l'on comprend sous le titre générique d'apnées; plusieurs névroses, telles que la catalepsie, l'extase, et enfin la lipothymie ou syncope, qui, bien qu'ordinairement passagère, n'est pas sans quelquefois se prolonger au delà de toute prévision. Peut-être même, est-elle le plus ordinairement une phase de transition, un état intermédiaire plus ou moins prolongé, entre la vie et la mort?

Rattacher ainsi à une mesure en quelque sorte indéfinie, la force de réaction qui soutient l'organisme, déterminer les différents modes de lésions qui consistent dans l'absence apparente de cette force conservatrice, c'est accuser l'incertitude des signes de la mort, incertitude qui déjà a été expérimentalement démontrée. Winslow, Bruhier, Thiéry et autres praticiens non moins éclairés que judicieux, ont, en la proclamant, établi en principe qu'elle ne cessait absolument que par un commencement de putréfaction.

Consacrée par l'art, cette donnée est toutefois bien loin d'être vulgaire. Qui doute, en effet, dans le monde, que l'image de la mort ne soit pas toujours la mort elle-même? et combien communément, au contraire, cette image ne surgit-elle pas d'un premier aspect et des signes les plus superficiels? Quel œil scrutateur ou impassible ose alors s'appesantir sur elle? Dans ses approches ou quand elle est récente, la mort répand autour d'elle un sentiment général de répulsion et d'effroi : plus tard, c'est un cadavre, fantôme toujours menaçant pour quelques-uns, objet immonde dans tous les temps et par la seule force des choses, et qui emporte au moins l'idée de corruption flagrante et même de contagion.

Dans les hôpitaux, à peine un malade a-t-il exhalé le dernier soupir que, pour le soustraire aux regards de ceux qui l'environnent, il est emporté à l'écart sur les dalles d'un caveau mortuaire. Des familles entières, après la perte d'un des leurs, s'éloignent de l'habitation commune et n'y reparaissent qu'après l'enlèvement du corps.

Sans doute il est d'un commun usage de faire garder les morts; mais n'est-ce pas à grand'peine qu'au milieu des populations on rencontre quelques sujets amenés par la misère ou la dégradation morale, et non souvent sans y être préparés par l'ivresse, à remplir un office dont ils ont à peine la conscience? Cette conscience, tout au moins, existe bien rarement

sans une préoccupation de répugnance et de crainte que porterait à son comble le moindre bruit, la moindre circonstance qui dérogerait au silence et à l'immobilité de la mort.

C'est, comme on sait, un usage, à peu près général en Allemagne, d'avoir, dans les cimetières et sous la garde du sacristain, des salles d'attente où l'on dépose les morts, un cordon de sonnette dans la main, pendant les vingt-quatre heures qui précèdent l'inhumation. Il existait à Mayence, pendant l'occupation française, un de ces dépôts dans lequel il advint qu'on plaça, disposé selon la coutume, un militaire mort hydropique. Quelques heures après, au milieu de la nuit, le gardien, qui était couché dans une pièce attenante, fut tout à coup réveillé par une violente secousse de la sonnette mortuaire; épouvanté, il s'était brusquement dressé sur son lit, lorsqu'un nouveau coup de sonnette retentit à ses oreilles. Attéré alors et saisi d'effroi, il veut se lever, s'enfuir; ses jambes fléchissent sous lui; appeler, et la voix lui manque; il tombe enfin sans connaissance. Cependant, attirées par le bruit de l'étage supérieur, sa femme et sa famille appellent au plus tôt un médecin. A l'arrivée de celui-ci (M. le docteur Bécœur, aujourd'hui chirurgien en chef de l'école de cavalerie de Saumur), il avait repris ses sens, mais il avait perdu la faculté de se mouvoir et d'articuler aucun son : il était frappé d'hémiplégie. Les yeux égarés et fixés sur la porte d'entrée de la salle des morts, il indiquait celle-ci par un mouvement de tête. On y pénétra, et on trouva que, comme il arrive assez souvent, l'hydropique s'était ce qu'on appelle vidé; l'affaissement survenu tout à coup avait entraîné, dans une double secousse, ses mains croisées sur le ventre, et à l'une desquelles était attaché le cordon de la fatale sonnette. Toutes ces circonstances rendaient, sans doute, suffisamment compte de ce qui venait de se passer : l'explication en fut donnée au malade qui la conçut et en fut complétement rassuré. Mais le coup porté était irréparable; la paralysie persista, et la mort survint quelques semaines après.

En général, donc, il est de fait que, nonobstant de telles précautions, un corps privé de vie est, à très-peu d'exceptions près, incessamment relégué loin de toute surveillance et livré à un complet abandon. Il n'est pas jusqu'au médecin qui ne répugne ou ne trouve méséant d'y jeter un coup d'œil. Toujours d'un voisinage importun, sujet de perturbation et d'embarras, un cadavre est pour tous, et à différents titres, un fardeau repoussé par un mouvement intime et spontané. Cette tendance se décèle suffisamment par les déclarations de décès, presque toutes anticipées et faites dans le but de hâter l'inhumation, but patent et avoué, au surplus, en temps de contagion et d'épidémie.

Que si ces considérations conduisent à faire regarder comme incessant et positif le danger d'être enterré vivant, des faits nombreux, avérés, et pour ainsi dire journaliers, en même temps qu'ils ne laissent aucun doute à cet égard, portent à croire qu'il en arrive ainsi plus fréquemment peut-être qu'on n'oserait même le soupçonner. Beaucoup entre les victimes de cette fatale erreur ont, à leur exhumation, été retrouvées dans une posture anormale, qui évidemment ne pouvait leur avoir été donnée. Plusieurs présentaient dans leur tombeau, avec tous les indices du retour à une entière connaissance, ceux non moins flagrants d'une mort posthume, si l'on peut s'exprimer ainsi, violemment survenue au milieu des angoisses du désespoir et de la faim. On a rencontré un grand nombre d'exemples de ce genre, dans l'exhumation générale qui fut opérée au cimetière des Innocents, à l'époque où, ne servant plus à la sépulture, ce vaste champ devint l'emplacement d'un marché.

On a bien avancé que le changement de position des cadavres s'était opéré pendant le transport, et à la suite de secousses imprimées au cercueil en le descendant dans la tombe. Mais cette supposition gratuite, invraisemblable tout au moins relativement à la très-grande majorité des cas, où notoirement il n'arrive pas d'accidents semblables, n'est point applicable à ceux dans lesquels on a trouvé des squelettes dressés, arc-boutés sur les coudes et les genoux dans l'attitude du soulèvement; des parties charnues mutilées par des morsures, des cheveux arrachés, le cercueil gratté, déchiré avec les ongles, un linceul ensanglanté, mis en pièces, et dont les lambeaux remplissaient la bouche ou étaient serrés entre les dents. Vainement soutiendrait-on que l'air enfermé dans le sépulcre est insuffisant pour entretenir la vie pendant le temps nécessaire à l'accomplissement de pareils actes; ces inductions spéculatives tombent devant le témoignage des faits; et ce témoignage est d'autant plus irrécusable, qu'il émane d'hommes scientifiques éminents, et qui ne sauraient s'être abusés : tel est, sans doute, celui de Thouret, l'un des commissaires préposés à la grande exhumation déjà mentionnée, et qui, au rapport de Desgenettes, citait de ces exemples dont il était tellement frappé, qu'ils lui avaient fait à l'avance, relativement à ses propres funérailles, déterminer des précautions insolites.

En voici un tout récemment porté par les journaux à la connaissance du public. « Un médecin d'une petite ville de la Suisse s'était couché immédiatement après avoir pris de l'opium pour calmer des maux de dents. Le lendemain on le trouva dans son lit ne donnant aucun signe de vie. Les médecins appelés à le visiter le déclarèrent mort, et il fut porté en terre vingt-quatre heures après. Cependant le sacristain avait remarqué que depuis plusieurs jours le chien du défunt n'avait pas quitté le cimetière. Cette circonstance éveilla son attention, et l'engagea à découvrir la tombe pendant la nuit. Qu'on juge de son étonnement : le cercueil était ouvert et le cadavre retourné sur le ventre; des poignées de cheveux arrachés à sa tête gisaient çà et là. »

Il en est qui ont été retirés vivants du cercueil où déjà ils étaient enfermés, ou de la fosse même dans laquelle ils avaient été descendus. Le fait suivant observé sur lui-même, par un médecin anglais, a été récemment consigné avec toutes ses circonstances dans un recueil périodique. Privé tout à coup, après de vives impressions morales, de la faculté de se mouvoir et de l'usage de ses sens, toute volition, toute manifestation extérieure lui étant devenue impossible, le sujet n'en avait pas moins conservé le sentiment intime de son être et même la conscience

de sa position. L'ouïe seule ayant conservé quelque chose de son action, il distinguait autour de lui les cris de sa femme et de ses enfants, il reconnut la voix du médecin appelé pour le secourir, et comprit qu'il était regardé comme mort. Après un temps indéterminable pour lui, il discerna la manœuvre de son ensevelissement et de son transport dans le cercueil; il entendit retentir le bruit des clous qu'on y enfonçait, et ce ne fut qu'après y avoir été en quelque sorte scellé qu'il retrouva la puissance de s'écrier et de s'agiter de manière à faire cesser cette fatale erreur.

Ce fait, décrit sous le titre de léthargie, a-t-il véritablement le caractère d'une affection soporeuse proprement dite, ou n'accuserait-il pas plutôt un mode spécial de lésion, un état d'empêchement ou d'arrêt de l'action nerveuse qu'on pourrait qualifier d'aninnervation?

Chez plusieurs, des signes de vie se sont manifestés sous le couteau du chirurgien procédant à l'autopsie, et quand déjà la lésion des organes essentiels était irréparable. Tel fut, comme on sait, le sort de l'abbé Prévost, auteur de romans connus.

On a pu constater quelquefois, relativement à la léthargie, une sorte de prédisposition originelle et comme transmise par hérédité dans quelques familles. Les chroniques rapportent plusieurs exemples de ce genre, et entre autres celui du cardinal Caraffa. La mère de ce cardinal, tombée deux fois en léthargie, avait été regardée comme morte, et deux fois aussi elle était fortuitement revenue à la vie. Alarmé pour lui-même d'un pareil précédent, le cardinal recommanda expressément qu'à sa mort on attendît avant de l'ensevelir un commencement de putréfaction, et qu'encore on n'y procédât qu'après lui avoir préalablement enfoncé un stylet dans le cœur. Au bout de quelques jours, la décomposition n'ayant pas eu lieu et l'inhumation devant suivre immédiatement, on satisfit à sa dernière injonction. Le stylet fut retiré sanglant, et un profond soupir s'exhala de sa poitrine. Il n'était pas mort, mais il ne donna aucun autre signe de vie.

Que si l'occasion tout éventuelle et souvent si imprévue d'une pareille manifestation, à laquelle plusieurs durent leur salut, ne s'était point offerte à ceux-ci, se seraient-ils ranimés dans leur tombeau? Qui ne frémit à l'idée que cette question, non-seulement peut, mais même, et sur preuves, doit être, au moins pour quelques-uns, résolue par l'affirmative! Mais quand bien même, et en supposant que tous, en pareil cas, succombassent plus ou moins immédiatement, sans avoir la conscience de leur situation, certes, ils n'en eussent pas moins été enterrés vivants, puisque évidemment ils étaient susceptibles d'être rappelés à la vie.

C'est même à cette dernière catégorie, et on aime à se le persuader, qu'il faut plus particulièrement rattacher des événements aussi déplorables, et dont la fréquence n'accuse pas toujours, comme on pourrait le croire, comme on le dit, une inhumation précipitée. L'exécution ponctuelle et rigoureuse des règlements n'en met point à l'abri; de quelle garantie, à cet égard, pourrait être en effet un délai légal de vingt-quatre heures, s'il est vrai que les maladies qui simulent la mort se prolongent beaucoup au delà et pendant un temps en quelque sorte indéterminable? Une exposition passive, quelle que soit sa forme et sa durée, sans en excepter celle si puérile, au contraire, usitée en Allemagne et dont il a été fait mention, n'est autre, on ne saurait le mettre en doute et il importe de le proclamer, que l'équivalent absolu d'une véritable sépulture.

Cette garantie serait-elle plus positivement acquise à la visite instituée à cet effet dans la plupart des localités par l'administration de l'état civil? C'est ce qu'on ne saurait décider affirmativement quand on sait en quoi consiste cette visite, formalité oiseuse le plus ordinairement, remplie qu'elle est dans les hôpitaux par une sœur de charité ou un infirmier, et dans les campagnes par des sages-femmes ou autres juges d'une compétence non moins équivoque. Confiée même dans les grandes communes à des médecins capables, combien de fois n'est-elle pas pour eux une tâche sans importance, et qu'ils croient avoir remplie quand ils ont jeté sur le cadavre un coup d'œil indifférent, trop rapide et trop superficiel pour avoir quelque portée! Considérée, au surplus, bien moins comme médicale que comme simple mesure d'administration ou de police, c'est à ce titre que communément on la réclame ou plutôt qu'on la subit. Rarement faite en temps opportun et par cela même presque toujours nulle, elle n'est, en conséquence, pour les familles qu'une occasion de trouble et de nouvelles douleurs, sinon trop souvent, dans les lieux où de nombreux praticiens se poursuivent d'une affligeante et déplorable rivalité, celle de recherches inquisitoriales, injurieuses ou malveillantes pour ces mêmes familles autant que pour l'homme de l'art qu'elles auront investi de leur confiance.

Dirigée au surplus consciencieusement et dans le but arrêté de constater le décès, cette visite offrirait-elle une garantie moins contestable? C'est en d'autres termes demander itérativement s'il existe extérieurement des signes certains et caractéristiques de la mort, question dont la négative a été précédemment résolue. De tels signes ne se trouvent absolument ni dans le refroidissement, ni dans la rigidité du corps, phénomènes qui peuvent se confondre avec un état algide ou une roideur tétanique purement morbide. L'épaississement de l'humeur vitrée, l'opacité de la cornée, et surtout le ramollissement du globe oculaire sont sans doute bien moins équivoques, mais ils ne sont aussi que les premiers et évidents indices de la décomposition. Or, à quoi bon une visite, si elle ne lève pas toute difficulté qui s'opposerait à une inhumation immédiate, et si elle n'empêche pas que les morts, avant ou après elle, ne pourrissent au milieu des vivants?

Constater la mort, en effet, ce n'est pas seulement en reconnaître les signes apparents, mais bien acquérir la certitude que la vie ne saurait être ranimée. Évidemment, un pareil résultat ne peut être atteint par une investigation extérieure, si attentive et si complète qu'on la suppose, y ajoutât-on, comme on le fait quelquefois dans les cas douteux, la brûlure par l'eau bouillante ou la cire à cacheter, l'incision des talons et autres manœuvres vulgairement connues et regardées comme si décisives. Mille faits déposent de l'insensibilité de la peau aux incisions

ou brûlures diverses, faites à la périphérie du corps, dans la plupart des névroses avec perte de connaissance et même pendant de simples attaques d'épilepsie. Comment donc, à cet égard, arriver à une irrécusable démonstration ?

Quand la mort survient pendant le cours d'une maladie, elle est généralement regardée comme la conséquence de celle-ci, conséquence au moins probable, et dont rien ne porte à suspecter la réalité. Subite, au contraire, imprévue ou par cause violente, la mort tombe par cela même en suspicion légitime, et les secours de l'art sont alors spontanément invoqués. Or, si l'on a vu ces secours et même dans des cas en apparence désespérés, obtenir un plein succès, toujours au moins est-on fondé à déduire de leur impuissance la preuve que toute vitalité est irréparablement éteinte.

Telle est donc la solution du problème : faire de l'exception la règle générale. Administrer ces secours dans tous les cas, c'est dans tous les cas aussi, sinon ouvrir une voie éventuelle de salut, placer tout au moins à la porte du tombeau une sauvegarde véritable et qu'on chercherait vainement ailleurs.

Le système nerveux, en effet, d'où émanent essentiellement tous les signes qui simulent la mort, est-il jamais plus impressionnable que dans l'état de maladie? La douleur, les affections tristes, le découragement, la frayeur, l'affaiblissement progressif ne disposent-ils pas à une foule de spasmes aussi variés qu'insidieux ? N'est-ce pas particulièrement alors que des stases, des congestions s'établissent dans les viscères du trépied vital et entravent ou suspendent leurs fonctions? La syncope surtout est-elle jamais plus imminente, et les circonstances qui la produisent plus propres à en prolonger la durée?

L'observation a démontré que, dans aucun cas, tous les phénomènes de la vie ne s'éteignent à la fois et dans le même instant. Le cœur se contracte longtemps avec une force insuffisante pour accomplir la circulation : les nerfs restent impressionnables, et il résulte des expériences faites par plusieurs physiologistes, notamment par Nysten, que communément les muscles sont aptes à se contracter six ou huit heures encore après la disparition de tout mouvement organique. C'est donc dans ce délai, et le plus immédiatement possible, que, dans le double but de constater la mort et de rallumer la vie dans ses dernières étincelles, il importe de porter les secours ici réclamés.

Ces secours se rattachent alors à des indications si diverses et si fugitives, qu'ils ne sauraient en quelque sorte être à l'avance déterminés ni dans leur mode, ni dans leur nature : ils surgissent uniquement, dans plus d'un cas, d'une occasion habilement saisie ou d'une ingénieuse inspiration.

Un pompier tomba dans un incendie, écrasé sous le poids d'une poutre qui lui fracassa les os de la poitrine. Laissé pour mort sur la place, il allait être emporté lorsque le hasard amena sur les lieux un chirurgien célèbre par son coup d'œil et la portée de son diagnostic, Dupuytren. Il reconnut que le coup ayant porté sur le devant de la poitrine, avait enfoncé le sternum et les côtes adjacentes, et déprimé ainsi cette cavité de devant en arrière. Poussé par une première idée, celle d'une compression mécanique des organes contenus, il apposa ses mains largement étendues sur les deux côtés de la poitrine; puis, les pressant fortement l'une vers l'autre, il releva ainsi les os fracturés et rendit au thorax sa capacité. Un soupir annonça aussitôt un commencement de respiration, laquelle se rétablit peu à peu, et bientôt le retour à la vie ne fut plus équivoque. Immédiatement saigné, cet homme fut ensuite transporté à l'Hôtel-Dieu, où il guérit. Ce fait, assez récent, a été rapporté par l'un des nombreux témoins oculaires, très-compétent et très-digne de foi.

Combien d'hommes sur les champs de bataille se sont ainsi relevés d'entre les morts, et combien plus encore peut-être, restés évanouis après un choc violent ou par suite d'hémorrhagie traumatique, n'auraient-ils pas été sauvés s'ils eussent reçu en temps opportun des secours convenables.

Le diagnostic offre encore de bien plus grandes difficultés, quand la cause, au lieu d'être apparente et matérielle, reste inappréciable et cachée dans la profondeur de l'organisme. L'examen anatomique le plus attentif et le plus éclairé peut alors à peine y suffire. Que, donc, tous les sens mis en rapport avec leurs excitants naturels soient interrogés avec soin et persévérance : la peau par des frictions, des rubéfiants, la brûlure avec l'eau bouillante ou l'alcool enflammé : l'odorat par les vapeurs du soufre en combustion, de l'ammoniaque, etc. Peut-être est-ce dans de pareilles vues, relativement à l'ouïe, que les anciens avaient, comme on sait, pour usage de faire un grand bruit de trompettes, et de pousser aux oreilles des morts des clameurs et des appellations. Il est de remarque, en effet, que l'audition est dans un grand nombre de cas une des fonctions qui se conservent le plus longtemps. Des léthargiques, des asphyxiés ont déclaré avoir eu, pendant tout le temps qu'ils sont restés dans cet état, la conscience de sons plus ou moins bruyants, et même quelquefois entendu distinctement ce qui se disait autour d'eux. Plusieurs faits établissent que des militaires auxquels on rendait des honneurs funèbres, et près d'être descendus dans la fosse, ont été tout à coup réveillés par la détonation des armes à feu.

C'est par l'insufflation méthodique dans les voies pulmonaires d'un air vif et pur, rendu plus actif et plus pénétrant par sa combinaison avec le chlore, l'oxygène; ou bien même en faisant servir à cet usage les gaz eux-mêmes dans leur état de pureté, que l'on sollicitera le retour de la respiration.

La saignée a pu dissiper des congestions qui faisaient obstacle à la circulation. Un assez grand nombre d'exemples attestent que dans ces derniers temps on est parvenu à rétablir cette fonction suspendue à la suite d'abondantes hémorrhagies, en instillant, au contraire, dans les veines désemplies du sang nouveau, c'est-à-dire en pratiquant l'opération de la transfusion. Peut-être est-ce ici la seule circonstance dans laquelle il soit permis de retirer de l'oubli profond dans lequel est tombée, et d'offrir comme dernière ressource, cette opération fameuse autrefois et qui, au lieu des miracles de rajeunissement qu'on en attendait, n'a rencontré dans sa pratique que de funestes mécomptes.

Il y a lieu de s'étonner que déjà, en pareille circonstance, on n'ait pas songé à recourir usuellement

au galvanisme, dont les effets sur l'irritabilité sont si remarquables. Cet agent, quoi qu'il en soit, ne constitue pas moins à cet égard un genre d'épreuve digne d'une grande confiance, puisque évidemment un reste de vie répondrait à son action, tandis que l'absolue nullité de celle-ci serait un signe peu équivoque de la mort.

Il est enfin un moyen qui se recommande comme un des plus sûrs procédés d'une active et efficace exploration : c'est l'acupuncture du cœur. L'acupuncture, comme on sait, est usuelle chez les Chinois, dont elle constitue en quelque sorte toute la médecine : ils la pratiquent impunément sur toutes les parties et les organes du corps. L'innocuité du passage d'aiguilles très-acérées à travers les viscères les plus importants a, d'ailleurs, aussi été parmi nous expérimentalement constatée : elle l'a été sur le cœur lui-même dans des expériences faites dans différents hôpitaux de Paris, sous les auspices des professeurs de clinique, et notamment, à la Pitié, par Béclard, sous les yeux de M. Bally. Des aiguilles profondément enfoncées dans la substance de cet organe et agitées de mouvements oscillatoires, isochrones à ceux du pouls, qui prouvaient leur pénétration, y sont restées implantées pendant plusieurs minutes, puis retirées sans qu'il s'ensuivît aucun accident.

Des expériences sur les animaux ont été, à ce sujet, récemment tentées par M. le docteur Carraro, médecin italien. Sur plusieurs chats maintenus sous l'eau pendant le même espace de temps, et ainsi asphyxiés, ceux qui, par comparaison, furent abandonnés à eux-mêmes, périrent, tandis qu'au contraire la piqûre du cœur rendit les autres presque immédiatement à la vie (*Journal universel des sciences médicales*, tom. XXIX).

Conciliant à une entière sécurité dans son application, le plus haut degré de certitude dans ses résultats, l'acupuncture du cœur serait donc seule, selon toutes les probabilités, d'une garantie suffisante pour constater la mort, garantie que n'offrirait pas au même degré peut-être tout ensemble de recherches auquel elle manquerait.

Il y a lieu de penser aussi qu'on ajouterait encore à la puissance de cette opération, si l'on se servait des aiguilles enfoncées dans le cœur pour, à l'aide de la pile de Volta, faire pénétrer dans ce viscère des courants galvaniques rapides et incessants, c'est-à-dire si l'on y appliquait le procédé qui, dans ces derniers temps, a été désigné sous le nom de galvano-puncture. C'est ce procédé donc qui est ici plus spécialement indiqué, et que tout porte à faire regarder, si l'on peut s'exprimer ainsi, comme une véritable et infaillible pierre de touche de la vie.

L'organe central de la circulation n'est, toutefois, spécifié que comme éminemment contractile et moteur essentiel de cette importante fonction. La galvano-puncture est également applicable à tous les tissus comme à tous les viscères, ou foyers principaux du sentiment et de l'irritabilité, au diaphragme, et aux troncs ou filets nerveux accessibles. Elle le serait surtout, sans doute, avec avantage chez la femme, à l'organe dans lequel nous recevons la vie. L'utérus, siége d'un sixième sens, source des impressions les plus intimes, et qui, selon l'expression d'Hippocrate, est toute la femme, exerce sur celle-ci une puissance inappréciable, et devient communément, soit par irradiation, soit par concentration, le siége ou le point de départ d'une foule de névroses. C'est chez les femmes hystériques que se rencontrent les exemples les plus remarquables d'extase, de léthargie, de catalepsie. Qui, à cet égard, ne connaît entre autres le fait singulier qui a fourni à un auteur moderne le sujet d'un roman publié sous le titre du *Dernier des Beaumanoir?* N'est-ce pas enfin dans un organe doué d'une sensibilité aussi exquise que profonde que doit se conserver le plus longtemps la dernière parcelle de vitalité? et pourrait-on hésiter à croire que, dans la force de l'âge, il ne se trouvât très-ordinairement le dernier que la vie abandonne, en un mot, *l'ultimum moriens?*

Quoi qu'il en soit, en présence du danger d'être enterré vivant, danger dont les considérations précédentes attestent la flagrante imminence, ce serait donc, il faut en convenir, faire preuve d'une grande résignation, sinon d'une incurie bien déplorable, que de se confier, à cet égard aux mesures de froide et tardive surveillance qui émanent de l'autorité publique. Si la prophylaxie d'un pareil danger, si les moyens de s'y soustraire consistent essentiellement, exclusivement, dans l'intervention du médecin, cette intervention, certes, ne saurait être trop directe ni trop spontanée; c'est dire qu'il y a pour les familles obligation, imprescriptible devoir de l'invoquer, et que c'est à ces mêmes familles, immédiatement et selon leur confiance, à en conférer le tutélaire mandat. Combien ne serait-il pas à désirer que, consacrée dans l'exercice de l'art, cette intervention devînt communément le complément de soins assidus? Empruntée alors à un praticien expérimenté et agissant avec connaissance de cause, jamais sans doute elle ne serait plus éclairée et n'offrirait une sécurité plus complète. Tel est sans doute le vœu que chacun doit former pour soi-même. Tel est aussi celui de tout ami de l'humanité, et du médecin jaloux de n'abandonner à la mort que les froides dépouilles qu'il ne peut plus lui disputer.

---

*Note sur l'état des trous rachidiens dans les déviations de la colonne vertébrale*, lue à la Société de médecine de Paris, par M. CHAILLY, D.-M.-P.

Messieurs,

Dans la note sur l'orthopédie dont j'ai eu l'honneur de vous donner lecture dans la séance du 20 avril dernier, j'ai avancé que, chez les personnes affectées de déviation, l'altération de la santé dépendait des désordres survenus dans la situation et dans la forme des viscères contenus dans la poitrine et dans le ventre. Sur ce point, les recherches anatomiques n'apprendraient rien de plus que ce que la raison doit comprendre. Les parties contenantes étant déformées, aucune des parties contenues ne peut conserver ni sa place ni sa forme, et ces changements de lieu et de configuration doivent nécessairement altérer le mode normal des fonctions de chacune de ces parties. Parvient-

on à rétablir les formes des cavités dans leur état normal, on remplace en même temps et on rend à leur configuration primitive les parties contenues, et la santé se rétablit. Mais j'ai avancé de plus que le dépérissement et la faiblesse du corps et des membres du côté concave devaient tenir aux changements de forme et de dimension du canal rachidien et des trous latéraux. Quant au canal, on s'en est occupé, m'a-t-on dit, et, après l'avoir mesuré, il a été trouvé n'avoir subi aucune altération. Cependant, si la colonne vertébrale est vicieusement contournée, le canal vertébral suit les mêmes mouvements, et l'un et l'autre perdent inévitablement de leur étendue du côté des concavités accidentelles. Et, si cela est hors de doute, comment la moelle épinière n'en serait-elle pas affectée? Pour les trous rachidiens, la raison disait bien aussi que les substances intervertébrales s'affaissent du côté concave des courbures, que le corps des vertèbres se trouvant même avoir moins d'étendue de ce côté que du côté convexe, ces trous devaient perdre de leur diamètre de haut en bas; que, probablement aussi, la torsion des vertèbres devait leur en faire perdre d'avant en arrière, et que de là devait suivre la compression des nerfs auxquels ces trous donnent passage. Mais, comme les effets de cette pression seraient de la même nature que ceux qui résultent de la pression de la moelle épinière et se confondraient avec eux, il m'a semblé qu'il était nécessaire de vérifier ce point, et c'est ce que j'ai fait.

J'aurais bien désiré me livrer à des recherches sur un sujet frais, je ne l'ai pu; et, selon toute probabilité, je ne le pourrai jamais. C'est un soin que je prie nos confrères des hôpitaux de vouloir bien prendre. J'ai dû me borner à examiner l'état des trous rachidiens sur des squelettes naturels de sujets affectés de déviations de la taille. Il s'en trouve quatre de cette espèce dans le cabinet d'anatomie formé à l'hospice de la Maternité par les soins de madame Legrand, sage-femme en chef. L'un de ces squelettes présente en outre, des traces d'affection organique des vertèbres; j'ai cru devoir le mettre hors du nombre et me borner à faire mes observations sur les trois autres numérotés 1, 22 et 20. Voici ce que j'ai remarqué :

*Dimension des trous de conjugaison mesurés dans leur plus grand diamètre.*

| Numéros d'ordre des squelettes. | Numéros d'ordre des trous de conjugaison. | Dimension du côté convexe de la courbure. | Dimension du côté concave. |
|---|---|---|---|
| 1 . . . . . | Troisième. | 5 lignes. | 0 ligne. |
| | Quatrième. | 3 lignes 2/3. | 2 lignes 1/4. |
| 22 . . . . . | Troisième. | 3 lignes. | 2 lignes 1/4. |
| | Quatrième. | 3 lignes. | 0 ligne. |
| 20 . . . . . | Quatrième. | 3 lig. environ | 0 ligne. |
| | Cinquième. | Id. | 0 ligne. |
| | Sixième. | Id. | 0 ligne. |
| | Septième. | Id. | 0 ligne. |
| | Huitième. | Id. | 0 ligne. |

*Nota.* Les trous des côtés concaves des courbures dont le diamètre est exprimé par zéro ont cessé d'être apparents.

Sur les squelettes nos 1 et 22, j'ai seulement, comme on le voit, examiné comparativement les trous formés par la réunion des troisième, quatrième et cinquième vertèbres, comme étant ceux qui se trouvent au milieu de la courbure et dans lesquels les différences doivent être plus considérables. Sur le squelette no 20, les trous du côté convexe m'ayant paru de la même dimension à peu près que sur les deux autres, je n'ai porté mon attention que sur la série de trous obstrués qui se remarquent du côté concave. Ici, outre les causes de rétrécissement que j'avais prévues, il s'en trouve une troisième. Les côtes, depuis la quatrième jusqu'à la huitième inclusivement, se sont portées en dedans, et se trouvent appliquées par leur face interne sur la partie latérale du corps des vertèbres par un mouvement de bascule dont l'apophyse transverse est le centre, en sorte que leur extrémité postérieure se trouve au contraire portée en arrière et en dehors; de plus, elles sont rapprochées les unes des autres au point de ne pas laisser entre elles le plus petit intervalle. Il résulte de cette disposition que, si les trous rachidiens correspondants existaient, ils étaient complétement obstrués par les côtes et sans communication au dehors.

Maintenant, dans quel état étaient les nerfs sortant des trous qui avaient perdu de leur diamètre? qu'étaient devenus ceux dont les trous étaient obstrués? C'est ce que des recherches ultérieures pourront nous apprendre. Ce qui importe le plus pour le moment, c'est d'avoir la certitude que ces désordres, quels qu'ils soient, s'ils ne sont pas parvenus au dernier point, ne sont pas sans remède, et que, chez les jeunes sujets, les remèdes bien appropriés agissent avec une promptitude et une efficacité qui dépassent toute prévision.

# ARCHIVES GÉNÉRALES

DE

# MÉDECINE.

JUIN 1838.

*Mémoire sur la pseudo-mélanose des poumons ;* par M. F. Rilliet, interne des hôpitaux, membre de la Société anatomique.

Si nous compulsons les ouvrages des auteurs qui se sont occupés de la mélanose, nous les voyons émettre des opinions très-différentes sur le mode de formation de ce produit accidentel; les uns prétendant que c'est un tissu *sui generis*, les autres admettant qu'il ne doit son existence qu'au dépôt d'une matière colorante spéciale dans un organe sain ou malade. Quoi qu'il en soit de ces théories, on n'avait point, jusque dans ces dernières années, différencié les mélanoses d'avec certaines colorations toutes factices du parenchyme pulmonaire. Laennec, il est vrai, et avant lui Pearson (*Philosophical transactions*, London, 1815, p. 159), avait cherché à établir qu'il existe une grande différence entre la mélanose proprement dite et la matière noire qui colore si souvent les poumons et les ganglions bronchiques des vieillards; il regardait cette dernière comme purement accidentelle, et due à la fumée des lampes et des corps combustibles. Mais, depuis lui, on avait nié ces différences, et cru reconnaître que la matière noire pulmonaire des vieillards et la mélanose ont une seule et même origine, savoir, le dépôt d'une matière colorante spéciale dans un poumon sain ou chroniquement enflammé.

L'explication toute physique de Laennec a été reproduite plus tard par les auteurs anglais, mais sous une forme bien différente; ils ont démontré en effet que le parenchyme pulmonaire était susceptible d'acquérir une couleur tout à fait semblable à celle de la mélanose, par le seul fait de l'inspiration habituelle d'une atmosphère dans laquelle des molécules de poussière noirâtre sont en suspension.

Le docteur Gregory a publié, je crois, le premier, dans le *Journal de médecine et de chirurgie d'Edimbourg* (*nov.* 1831) (*Case of peculiar black infiltration of the whole lungs, resembling melanosis* (*voy.* Extr. dans *Arch.*, t, xxviii, p. 119), l'observation d'un mineur qui présentait tous les symptômes de la phthisie pulmonaire, et à l'autopsie duquel on trouva dans les poumons de vastes cavernes entourées d'un tissu noirâtre comme charbonné. Cette matière noire, analysée par Christison, présenta une composition toute différente de celle de la mélanose, tout à fait analogue au contraire aux produits que fournit la distillation de la houille.

Plus tard, le docteur Marshall, sous le titre de *Cases of spurious melanosis of the lungs*, inséra dans la *Lancette anglaise* (17 mai et 20 septembre 1834 et *Arch.*, 2e sér., t. v, p. 290) un mémoire assez détaillé sur la fausse mélanose; il regarde cette maladie comme produite par l'inspiration des particules charbonneuses; il avance qu'elle est propre aux mineurs, explique sa formation par l'accumulation dans les vésicules pulmonaires de la poussière de charbon qui, agissant comme irritant, détermine des lésions secondaires, et fait remarquer enfin que la teinte noire de l'expectoration se produit au moment où le parenchyme pulmonaire vient à se ramollir.

Le docteur Gibson, dans une lettre intitulée *On the phthisis melanotica*, insérée dans le numéro du 7 septembre 1834 de la *Lancette anglaise*, combat les idées que nous venons d'exposer; il croit que les ouvriers employés aux mines sont tous plus ou moins atteints de la maladie mélanique du poumon décrite par le docteur Marshall; il s'appuie sur les observations de mineurs qui, étant morts d'accident, sans que pendant leur vie ils eussent jamais offert de symptômes du côté de la poitrine, avaient néanmoins les poumons infiltrés de matière noire : il ajoute que l'expectoration noire est propre aux mineurs, même aux mieux portants; et termine enfin en disant que la phthisie mélanique ne doit pas leur être spéciale, mais se montrer chez tous les ouvriers qui travaillent dans une atmosphère pleine de poussière noire.

La *Gazette médicale*, qui avait donné des extraits très-détaillés des mémoires dont nous venons de parler, publia dans le n° 22, 1835, un résumé des recherches précédentes et une analyse d'un nouveau mémoire de M. Graham, *On existence of the charcoal in the lungs* (*Edinburg medical and surgical Journal*, t. xlii, p. 323, 1834), qui contient des recherches curieuses sur la composition chimique de la matière noire trouvée dans les poumons des mineurs. L'auteur de cet article cherche à tracer le tableau de la maladie d'après les observations déjà publiées, et conclut en disant que les désordres du poumon dépendent de l'action délétère de la matière

charbonneuse. M. Andral, dans une note du second volume de l'*Auscultation de Laënnec*, p. 323, donne l'analyse des faits mentionnés par les auteurs anglais; il cite de plus une observation intéressante recueillie par le docteur Behier; dans laquelle une altération du parenchyme pulmonaire, en tout semblable à celle décrite par Gregory, a été rencontrée chez un charbonnier. Il ne partage pas les opinions de Marshall, et pense que, lorsqu'on a trouvé des traces de phlegmasies chroniques et des ulcérations semblables à des cavernes, les lésions du poumon étaient indépendantes de la matière noire; il ne donne du reste aucune preuve à l'appui de cette opinion. Enfin, comme dernière publication sur ce sujet, je citerai un mémoire du docteur Thomson, inséré dans les *Medico-chirurgical transactions for* 1836, t. xx, et une observation du docteur Thomas Stratton, intitulée *Case of anthracosis*, et insérée dans le numéro d'avril du *Journal de médecine et de chirurgie* d'Edimbourg, p. 490.

J'ai eu dernièrement occasion d'observer un nouveau cas de pseudo-mélanose chez un mouleur en cuivre. Comme les observations de cette espèce sont rares, je crois devoir l'insérer ici dans son entier.

Obs. Le nommé Rigaud, âgé de 39 ans, mouleur en cuivre, entra le 12 mars à l'hôpital Necker, et fut placé dans le service de M. Bricheteau.

Il accusait deux années de maladie; son affection avait débuté par de nombreuses hémoptysies qui s'étaient répétées, en variant toutefois d'intensité, pendant les six premiers mois. Depuis seize mois il avait en partie cessé ses occupations, tourmenté qu'il était d'une toux très-intense accompagnée de sueurs nocturnes et d'amaigrissement progressif; l'expectoration, soit avant, soit après le début présumé de la maladie, avait toujours présenté la même teinte noirâtre : le malade attribuait à sa profession cette couleur anormale. A aucune époque il n'y avait eu de désordres du côté des voies digestives, sauf quelques vomissements après la toux. Depuis quinze jours il se plaignait de perte d'appétit, cependant il mangeait encore le quart de portion. Sa maladie l'avait obligé d'entrer deux fois à l'hôpital Saint-Antoine, dans le cours d'une année; il y était resté six semaines chaque fois, il n'avait été soumis à aucun traitement actif. Né d'un père qui a succombé à une maladie aiguë, et d'une mère qui vit encore et jouit d'une bonne santé, d'une complexion délicate, il n'a jamais eu d'autre maladie qu'une affection aiguë de poitrine à l'âge de 22 ans, et des ophthalmies chroniques, pendant les cinq ou six années qui ont précédé le début de sa phthisie. Sa conduite a toujours été régulière, et sauf sa profession, aucune cause ne peut expliquer le développement de sa maladie.

Lorsqu'il fut soumis à notre observation, le 13 mars, il était dans l'état suivant : Constitution peu forte, maigreur assez avancée, petite taille, cheveux châtains, yeux bleus, poitrine aplatie en avant. La percussion est mate sur la clavicule, au mamelon droit : le maximum de cette matité existe à la partie moyenne du poumon. Sous la clavicule on entend un gargouillement des plus marqués; au-dessous, du râle sous-crépitant est perçu seulement à la fin de l'inspiration; du reste, il n'y a ni respiration vésiculaire, ni respiration bronchique, à gauche sous la clavicule l'expiration est prolongée, au-dessous la respiration est peu moelleuse. En arrière dans la moitié supérieure droite râle muqueux, absence complète de bruit respiratoire; à gauche la respiration paraît pure. La percussion ne présente pas de différence bien appréciable. La toux est assez rare; l'expectoration, gris noirâtre, peu abondante. La peau n'est pas chaude; le pouls très-petit, 120; 30 insp. par minute. La langue est humide, l'abdomen indolent, la soif ordinaire, l'appétit conservé (1/4 de portion), l'intelligence intacte, les réponses justes et naturelles, la voix est un peu voilée; le malade ne se plaint d'aucune douleur au niveau du larynx. (*Traitement pector., pot. gom., tartre stibié gr., jj.*)

La potion n'est pas tolérée, elle occasionne plusieurs vomissements. Le 14, application d'un moxa à l'eau chaude sous la clavicule droite. Le 15, il survient une douleur thoracique droite assez vive, râle sous-crépitant dans la moitié inférieure de ce côté; l'expectoration est médiocrement abondante (1/4 du crachoir), crachat d'un gris noirâtre nageant dans du liquide salivaire. (Saignée de 2 palettes.) Le 16, le sang est recouvert d'une couenne, le râle persiste. Le 18, il s'est plaint d'accès d'étouffements dans la nuit; râle crépitant très-fin en arrière, à gauche, dans toute la hauteur du thorax. Le 19, à cinq heures du matin, il meurt.

*Autopsie*, vingt-huit heures après la mort. Très-légère roideur cadavérique, pas de vergetures.

*Tête*. Le cerveau offre sa couleur et sa consistance ordinaires, les ventricules contiennent une cuillerée à café de sérosité, les membranes cérébrales ne sont pas injectées.

*Cou*. La membrane du larynx est lisse et polie, saine partout, sauf dans le point où elle revêt la face externe des cordes vocales; la on aperçoit deux ou trois petites érosions irrégulières, dont le fond est constitué par le tissu sous-jacent à la muqueuse. La trachée, à sa partie inférieure, est d'un rouge vif, sans diminution de consistance; les grosses bronches offrent la même coloration.

*Thorax*. A l'ouverture de la poitrine les poumons sont maintenus en place par des adhérences anciennes celluleuses, assez lâches à gauche, où elles occupent la moitié supérieure du poumon; elles sont beaucoup plus courtes, plus serrées, plus épaisses au niveau du lobe supérieur droit qu'elles entourent presque en entier; la plèvre droite ne contient pas de liquide, la gauche renferme deux verres de sérosité citrine.

Le poumon gauche est de couleur violacée à l'extérieur; à son sommet, dans un espace de la dimension d'une petite pomme, le parenchyme est converti en un tissu très-dur ne criant pas sous le sealpel, lisse à la coupe, d'un beau noir, communiquant cette couleur aux doigts qui sont en contact avec lui; mis dans l'eau, il précipite; traité par la coction, il perd de son brillant, mais conserve sa coloration; soumis à la macération pendant vingt-quatre heures, il donne au liquide dans lequel il a séjourné une teinte analogue à celle de l'encre de Chine. A peu près au centre de cette altération, se trouve une petite excavation pleine de liquide gris-noirâtre;

elle n'est tapissée d'aucune fausse membrane, elle communique avec une bronche qui paraît taillée à pic dans le point où elle pénètre dans son intérieur. La partie inférieure du lobe supérieur et le lobe inférieur tout entier sont gorgés d'une assez grande quantité de sang ; ils présentent à la coupe un grand nombre de petites masses noirâtres variant entre le volume d'une noisette et celui d'une lentille ; leur composition est en tout semblable à celle du tissu décrit ci-dessus. Les bronches sont universellement d'un rouge vif qui ne disparaît pas par le lavage ; leur membrane muqueuse n'est pas ramollie ; la pression exercée sur le poumon fait affluer dans leur intérieur une grande quantité du liquide rougeâtre.

Le poumon droit est violacé à l'extérieur, dur au toucher. Au sommet on trouve une vaste excavation capable de loger une orange ; elle communique avec une petite bronche ; elle ne présente pas de bride dans son intérieur, mais elle est tapissée dans presque toute son étendue par une fausse membrane blanchâtre, molle, d'un quart de ligne d'épaisseur, qui s'enlève avec la plus grande facilité quand on promène le scalpel à sa surface. Ses parois sont constituées en dehors par les adhérences anciennes et par la plèvre, épaissie en dedans par une couche de tissu noirâtre, en tout semblable à celui décrit au sujet du poumon gauche. Cette couche de matière noire varie d'épaisseur à la partie supérieure et postérieure de l'excavation ; elle n'a pas plus de trois lignes. La caverne ne contient dans son intérieur qu'une petite quantité de liquide gris-noirâtre. Le lobe moyen droit tout entier est converti en un tissu d'une coloration et d'une nature identiques à celui que nous avons déjà décrit. Enfin, le lobe inférieur présente exactement les mêmes altérations que le lobe correspondant gauche. Les bronches contiennent un mélange de liquide grisâtre et de liquide rougeâtre spumeux ; elles sont d'un rouge vif ; leur membrane (celle des troncs les plus volumineux) a un peu perdu de sa consistance. Un examen attentif de la plus grande partie du poumon ne m'avait fait reconnaître ni tubercules ni granulations grises ; mais un fragment du tissu altéré ayant été présenté à la Société anatomique, un de mes collègues (M. Guéneau de Mussy) a trouvé au centre du tissu noir une masse du volume de l'extrémité du petit doigt, jaune, friable, tuberculeuse en un mot. Je dois ajouter qu'on n'a pas rencontré de traces de tubercules dans une autre portion du poumon qui, soumise à l'analyse chimique, a été divisée en fragments multipliés.

Le péricarde ne contient pas de liquide : on voit une tache laiteuse sur le feuillet viscéral qui revêt le cœur droit. Le cœur mesuré avec soin offre une légère hypertrophie des ventricules droit et gauche, et une diminution dans le calibre des orifices auriculo-ventriculaires gauche et aortiques. L'endocarde est lisse-transparent, les valvules souples, saines ; les oreillettes et les ventricules contiennent une grande quantité de caillots noirâtres.

L'œsophage est sain. L'estomac contient une grande quantité de liquide grisâtre ; sa muqueuse est partout d'une bonne consistance, sauf dans le grand cul-de-sac, où elle ne donne que des lambeaux de deux lignes ; sa couleur est gris-rosé. L'intestin grêle est généralement pâle dans toute son étendue ; il renferme des matières liquides grisâtres ; sa muqueuse est saine partout, sauf au niveau d'un point rouge du volume d'une lentille, légèrement saillant, d'où l'on fait suinter du pus par la pression : en cet endroit elle est ramollie. Le gros intestin est pâle, sauf quelques injections partielles au niveau de l'S iliaque avec ramollissement.

Ganglions mésentériques sains. Le foie est volumineux ; son grand lobe contient beaucoup de sang ; les deux couleurs sont distinctes. Sa vésicule contient une bile filante jaunâtre. Rate petite, rouge-foncé, friable.

Reins pâles très-fermes. Vessie rétractée, saine. Pas de tubercules dans les ganglions lymphatiques.

*Analyse chimique.* — M. Lecanu, professeur à l'École de Pharmacie, a bien voulu se charger de l'analyse chimique de la matière noire trouvée dans le poumon. Je transcris littéralement la note qu'il m'a communiquée.

« La matière soumise à mon examen se trouvait enfermée dans un flacon en partie rempli d'eau alcoolisée. Elle était en masse amorphe d'un noir foncé, à l'exception des parties que recouvraient des débris de plèvres, d'une texture compacte et très-élastique. Quand on agitait violemment le vase qui la contenait, on détachait de cette masse une matière pulvérulente noire, qui, d'abord tenue en suspension dans le liquide, se déposait bientôt par le repos. Cette observation m'a naturellement conduit à essayer, pour isoler la matière colorante, l'emploi du procédé bien connu à l'aide duquel on sépare le gluten.

» J'ai introduit la masse préalablement divisée avec des ciseaux dans un nouet de linge, et je l'ai malaxée dans un filet d'eau distillée. Je n'ai pu parvenir à décolorer complétement le résidu, tant la matière noire adhérait fortement à la fibre ; mais du moins j'ai pu isoler une grande partie de la matière colorante, et il m'a ensuite été facile de la recueillir en jetant sur un filtre l'eau qui la tenait en suspension.

» Elle est restée à la surface du papier, sur lequel on l'a successivement lavée d'abord avec de l'eau distillée, qui en a séparé quelque peu d'albumine, de matières extractives et de sels solubles ; puis avec l'alcool bouillant et l'éther, qui en ont à leur tour séparé un peu de matières grasses. Ainsi épuisée des matières solubles dans l'eau, l'alcool, l'éther, qui d'ailleurs ne l'ont pas dissoute, et ne se sont même pas colorés, elle était en poudre noire, sans odeur, sans saveur, insoluble dans l'eau de potasse qui n'en altérait en rien la teinte, ainsi que dans l'ammoniaque, les acides acétique, nitrique, sulfurique, hydrochlorique (qui ne réagissaient sur elle qu'à chaud et lui enlevaient un peu de fer) ; insoluble aussi dans l'alcool aiguisé d'acide sulfurique.

» Calcinée dans un petit tube fermé à l'une de ses extrémités, elle s'est décomposée, et a répandu l'odeur propre aux matières animales, en dégageant des vapeurs ammoniacales.

» Calcinée à l'air libre, elle a laissé un résidu inorganique considérable, dans lequel on a constaté la présence d'une forte proportion de phosphate de chaux, et du peroxyde de fer.

» Cette matière différait donc essentiellement : du bleu de Prusse, que sa teinte foncée fait souvent apparaître noir; de la cyanourine, de la mélanourine de M. Braconnot, de l'acide mélanique de Prout, qu'il était naturel de lui comparer, par la raison que c'est à la présence de ces matières, de couleur plus ou moins analogues à la sienne, que l'on attribue les colorations anormales de plusieurs solides ou liquides animaux. Elle se distingue aussi essentiellement du sang que MM. Lassaigne et Barruel ont vu produire la coloration noirâtre des tissus dans des cas de mélanose. »

M. Lecanu en était arrivé à ce résultat déjà fort important, quoique négatif, lorsque je lui communiquai mon hypothèse sur l'origine probable de la matière noire. Je transcris également le récit des recherches auxquelles il s'est livré pour arriver à une connaissance plus approfondie de ce produit anormal.

« Pendant : 1° que les vapeurs ammoniacales observées pendant la calcination, ainsi que les cendres ferrifères obtenues après son incinération, pourraient provenir du sang que l'alcool employé à la conservation du poumon aurait coagulé, et dès lors rendu incapable d'être enlevé par l'eau pendant les lavages;

» 2° Que le phosphate de chaux de ces mêmes cendres pourrait se trouver mécaniquement interposé dans la matière noire pulvérulente, et ne pas lui être intimement uni, comme il l'est avec les matières albumineuses du sang, dont les acides ne peuvent le séparer; pensant en définitive que l'on pourrait considérer la matière mise en expérience comme analogue à un mélange de charbon végétal et de charbon animal, que les fondeurs associent au sable destiné à la formation de leurs moules, je me suis livré aux expériences suivantes pour résoudre cette intéressante question :

» J'ai mis la poudre noire macérer dans l'eau chargée d'acide hydrochlorique pur : l'acide lui a enlevé son phosphate de chaux. Je l'ai traitée à chaud par l'eau de potasse : l'alcali lui a enlevé la matière animale que l'acide nitrique a précipitée de la dissolution alcaline. La poudre épuisée de toutes ses parties solubles dans l'eau de potasse avait perdu la propriété de répandre des vapeurs ammoniacales pour produit de sa décomposition ignée; elle laissait peu de cendres de phosphate de chaux sans traces de fer. Enfin dès lors elle se comportait avec les réactifs absolument comme l'eût fait du charbon.

» Par conséquent la matière noire du poumon, débarrassée par des moyens convenables des matières étrangères qui s'y trouvaient intimement associées, s'est montrée identique au charbon. »

Après avoir soigneusement examiné les altérations du poumon, j'ai cru avoir affaire à une mélanose. En effet, les caractères du produit morbide du parenchyme pulmonaire présentaient une grande analogie, si ce n'est une similitude complète avec ceux indiqués par Laennec comme propres au tissu mélanique. Le fait me paraissait d'autant plus curieux que le célèbre auteur de l'auscultation assure n'avoir jamais trouvé de mélanoses ramollies. Cependant j'avais pensé que la profession du malade pouvait bien n'être pas sans influence sur la teinte particulière que présentait le poumon. Pour m'en assurer, je me suis rendu dans la fabrique où il travaillait, et là j'ai recueilli les détails suivants : Dans cet atelier, les ouvriers sont occupés à saupoudrer de charbon et de noir animal des pièces de cuivre préalablement revêtues d'une couche de terre glaise; par conséquent ils respirent habituellement une atmosphère dans laquelle des molécules charbonneuses sont en suspension; aussi sont-ils sujets à une expectoration noirâtre : et un fait assez curieux, c'est que cette couleur persiste, alors même qu'ils interrompent leurs occupations pendant un certain temps. L'un d'eux m'a assuré qu'ayant quitté sa profession de mouleur pour celle de porteur d'eau, il avait encore, au bout de six mois, expectoré des crachats noirâtres, sans que sa santé générale fût en aucune façon dérangée. Il est probable que cet individu a les poumons farcis de matière noire, quoiqu'il ne présente aucun symptôme du côté de la poitrine. Si cette hypothèse est juste, c'est un nouveau fait à ajouter à ceux cités par MM. Gibson et Graham.

L'analyse chimique, en démontrant l'existence du charbon dans le tissu malade, est venue donner une évidence complète au fait que je ne faisais que soupçonner. Il est donc bien prouvé, soit par les observations des Anglais, soit par celle que je viens de rapporter, que le charbon peut pénétrer dans les vésicules pulmonaires; mais il s'agit de savoir maintenant si, dans le cas où l'on trouve des altérations considérables du parenchyme, de vastes excavations par exemple, on doit considérer, avec MM. Gregory et Marshall, ces lésions comme produites par l'action du charbon, ou bien admettre, avec MM. Gibson et Andral, que l'affection du poumon préexiste à l'introduction des particules pulvérulentes dans l'intérieur des voies respiratoires. Dans le premier cas, le charbon agirait comme un corps étranger, déterminerait, au bout d'un temps plus ou moins long, l'inflammation des parties voisines et le ramollissement des portions imperméables. Dans le second, des portions déjà enflammées ou tuberculisées du poumon seraient teintes en noir par l'interposition des molécules colorantes.

On comprend tout l'intérêt qui se rattache à la solution de ces deux questions. Dans la première hypothèse, en effet, l'action du charbon est éminemment délétère; dans la seconde, elle se borne à changer l'aspect d'une affection préexistante. Dans l'une, elle crée une nouvelle phthisie; dans l'autre, elle ne fait que modifier quelques symptômes de celle si bien décrite par Bayle et Laennec.

Pour résoudre les questions que nous nous sommes posées, il faudrait posséder des observations plus nombreuses, et surtout plus complètes que celles qui ont été publiées jusqu'ici.

Si l'on pouvait en effet prouver par leur analyse que les individus qui ont succombé à la maladie dont nous nous occupons étaient nés de parents tuberculeux, présentaient les signes extérieurs de la constitution scrofuleuse, avaient eu dans leur enfance des abcès froids, des glandes engorgées, etc., etc.; si d'un autre côté, les symptômes de la maladie étaient ceux de la phthisie; si enfin l'examen attentif des altérations de tous les organes venait faire reconnaître l'existence des lésions propres à cette affection (tubercules dans les poumons, tubercules dans les

glandes, ulcérations intestinales, état gras du foie, etc.), on aurait démontré, ce me semble, que la pseudo-mélanose n'est autre chose qu'une phthisie. Voyons si les observations publiées pourront nous conduire à quelque résultat; nous ne devons examiner ici que celles dans lesquelles se trouvent mentionnés pendant la vie des symptômes thoraciques, et à l'autopsie des excavations dans le parenchyme pulmonaire, puisque nous avons déjà dit que l'infiltration du poumon par la matière charbonneuse pouvait exister chez des individus doués d'une excellente santé, et que dans ces cas on ne trouve pas de cavernes.

Ces faits peuvent être divisés en deux catégories : ceux rapportés par Gregory, Marshall, Hamilton, et ceux recueillis en France; ces derniers jusqu'ici ne sont qu'au nombre de deux, celui de M. Behier et le mien. Ces deux observations sont évidemment celles qui présentent le plus d'authenticité, à cause du soin minutieux avec lequel les altérations pathologiques ont été décrites. Eh bien, dans ces deux cas, on trouve des tubercules dans les poumons, en très-petite quantité il est vrai, puisque M. Behier dit n'avoir aperçu que quelques points jaunâtres peu volumineux, et que, dans le fait que j'ai rapporté, c'est seulement dans un fragment peu considérable de poumon converti en matière noire que l'on a trouvé une petite masse tuberculeuse; mais enfin on ne saurait révoquer en doute leur existence. Et ce qui démontre combien en pareille matière des investigations attentives sont indispensables, c'est que, malgré l'attention avec laquelle j'avais examiné la presque totalité du poumon, ce tubercule m'avait échappé.

Ce que je viens de dire me rendra plus sévère lorsque j'aurai à critiquer les observations des auteurs anglais, dans lesquelles l'anatomie pathologique est traitée d'une manière peu détaillée. Indépendamment de l'altération anatomique, propre à la phthisie, qui se rencontre dans l'observation de M. Behier et dans la mienne, les symptômes éprouvés par nos deux malades sont bien ceux de l'affection tuberculeuse : hémoptysie au début, toux, signes stéthoscopiques, sueurs nocturnes, amaigrissement, etc.

Examinons maintenant les faits cités par les Anglais. Disons d'abord qu'ils sont fort incomplets, tant sous le rapport de l'anatomie pathologique que sous celui de la symptomatologie.

L'altération du poumon est très-imparfaitement décrite; on se contente quelquefois de dire que le tissu malade est noir, dur, puis on ajoute qu'il est friable, fait qui, ce me semble, implique contradiction; d'autres fois on lui donne le nom d'hépatisé, sans le décrire d'une manière plus complète. Les excavations pulmonaires sont aussi examinées avec peu de soin, tandis qu'il était important d'insister sur l'état des parois, leur mode de communication avec les bronches, etc. Mais un fait que nous devons signaler ici, c'est l'inégale répartition de la matière noire dans les différents points du poumon; elle est mentionnée dans presque tous les cas que nous analysons, et, chose remarquable, le dépôt de la matière charbonneuse suit, sous le rapport de son siège et de son étendue, la même marche que les tubercules, qui sont toujours plus nombreux et plus avancés au sommet qu'à la base. Ce fait ne semble-t-il pas indiquer que ce sont des tubercules qui, agissant comme autant de noyaux d'engorgement, ont favorisé l'accumulation du charbon en certains points. Ce qui tendrait encore à le prouver, c'est que, dans les cas où il n'y a pas eu pendant la vie de symptômes du côté de la poitrine, par conséquent dans ceux où l'on ne peut soupçonner l'existence d'une affection tuberculeuse, la coloration même était égale et uniforme partout. — Relativement aux lésions secondaires, on se borne à dire, *les autres organes sont sains;* mais l'on ne rapporte pas s'ils ont été explorés avec soin; si, indépendamment des viscères contenus dans les cavités splanchniques, on a examiné le système des ganglions lymphatiques, la trachée-artère, le larynx, organes dans lesquelles on trouve si souvent des traces de la dégénérescence tuberculeuse. L'hypertrophie du cœur et la cirrhose du foie, mentionnées dans quelques observations, n'ont aucun rapport avec la question dont nous nous occupons dans ce moment-ci.

Quant à l'étiologie et aux symptômes, nous devons l'avouer, ce ne sont pas exactement ceux de la phthisie. Ainsi les malades sont âgés de 59 à 62 ans, âge qui dépasse celui auquel sévit le plus souvent cette maladie. Mais comme le début de l'affection remonte en général à un grand nombre d'années, et que rarement il est noté d'une manière exacte, il est probable que ces cas en apparence anormaux rentrent dans la règle générale.

Relativement aux symptômes, la toux, la dyspnée, qui reviennent par accès, et s'accompagnent souvent de palpitations, ne sont pas ordinaires dans la phthisie, où l'on remarque bien plutôt une toux modérée et une gêne médiocre de la respiration; mais ces caractères particuliers peuvent bien s'expliquer par l'hypertrophie du cœur, qui dans plusieurs des cas que nous analysons complique l'affection pulmonaire. Les hémoptysies, douleurs entre les épaules, sueurs nocturnes, etc., sont entièrement passées sous silence. Comme on ne dit pas qu'on ait cherché ces symptômes, on ne peut savoir s'ils ont manqué réellement.

Ainsi, en résumé, dans les observations les plus détaillées, et publiées en France, l'on trouve les symptômes et les altérations propres à la phthisie; et si dans celles que citent les Anglais l'on ne retrouve pas les lésions pathognomoniques de l'affection tuberculeuse, n'est-on pas en droit de conclure, d'après ce que j'ai dit tout à l'heure, qu'elles leur ont échappé à cause du peu de soin avec lequel ils les ont cherchées.

Il résulte évidemment de tout ceci, ce me semble, que le *Spurious melanosis* de Gregory et Marshall n'est autre chose qu'une phthisie tuberculeuse, dont les altérations pathognomoniques ont été masquées par l'interposition des molécules charbonneuses. Le charbon ne peut donc pas être considéré comme un agent délétère; ce n'est pas lui qui, agissant comme corps étranger, provoque une inflammation éliminatoire dans les parties voisines, et occasionne la formation d'une caverne, mais c'est bien à la fonte de la matière tuberculeuse que sont dues les excavations que l'on rencontre dans les poumons des individus atteints de pseudo-mélanose.

Est-ce à dire pour cela que l'action du charbon soit tout à fait innocente, je ne le pense pas; et ce qui le prouve, c'est l'étendue des altérations pulmonaires, mentionnées par les Anglais. Dans un cas, nous voyons le poumon gauche tout entier creusé d'une vaste caverne. Il est probable que les particules charbonneuses qui infiltrent une portion du poumon, et qui, d'après l'ingénieuse remarque du docteur Kraig, ont leur siége dans les vésicules elles-mêmes, en rendant imperméable à l'air une certaine portion du parenchyme, jouent le rôle des tubercules crus, et nuisent ainsi à l'hématose. De plus, l'infiltration charbonneuse qui entoure les tubercules ramollis doit elle-même (car elle joue le rôle d'un corps étranger) entrer en dissolution par l'action du pus, et partant, concourir à l'agrandissement de la caverne, ce qui est une chose fâcheuse.

Comme application pratique, il faut déduire de ces faits, que les métiers de mineur, de charbonnier, de mouleur en cuivre, etc., sont très-préjudiciables aux phthisiques. Il faut aussi appeler l'attention des hygiénistes sur les améliorations que l'on pourrait introduire dans la disposition des ateliers dans lesquels les individus qui manient les molécules de charbon sont appelés à travailler. Placer les ouvriers dans des salles plus vastes, mieux aérées; empêcher la réunion d'un trop grand nombre de personnes dans le même atelier; faire tout son possible, en un mot, pour purger l'air des particules charbonneuses qui le remplissent; tel est le but que doit se proposer l'hygiéniste.

---

*Mémoire sur quelques effets qui résultent de la blessure des nerfs;* par JOHN HAMILTON, L. R. C. (1).

Après quelques remarques et quelques observations, à lui propres, sur les effets déjà parfaitement connus des plaies des nerfs, tels que l'anesthésie et la paralysie des parties où ces organes vont se rendre, M. Hamilton aborde ainsi le sujet principal de son mémoire :

Ces résultats de la section des nerfs (*la paralysie partielle*) sont très-simples et suffisamment connus; mais il y a une série particulière de symptômes que l'on a observés quelquefois à la suite de la piqûre et de la division incomplète, ou de la déchirure d'un nerf : non-seulement ils se manifestent à la suite des lésions de troncs principaux, mais encore les effets des blessures des branches les plus petites, et en apparence les moins importantes, ne sont peut-être pas moins dangereux, et souvent sont bien plus insupportables. Du reste, ces symptômes sont très-obscurs et difficiles à expliquer. Des cas isolés, relatifs surtout aux piqûres des nerfs pendant une saignée, ont été publiés de temps à autre, mais jusqu'à ces derniers temps il a régné une grande confusion sur ce sujet. Benjamin Bell, Camper et Abernethy ont confondu les symptômes dus à la blessure des nerfs avec ceux des plaies des tendons et des aponévroses. Il est aussi un autre point de vue sous lequel ces accidents réclament fortement notre attention : je veux parler de l'incertitude et de l'insuffisance des méthodes habituelles de traitement; les autorités les plus graves se trouvent ici en désaccord complet. Comme on ne peut arriver à quelque conclusion de ce côté que par une étude exacte des faits et des résultats du traitement employé dans chaque cas, j'ai cru devoir faire connaître ceux que j'ai pu observer, ou ceux de la pratique des autres chirurgiens qui sont venus à ma connaissance.

Le cas suivant présente ces symptômes dans la forme la plus légère.

OBS. I. Un jeune homme se fit une coupure sur le côté externe de l'indicateur; le lendemain, vers l'heure où la veille il s'était blessé, il éprouva une sensation de picotements et d'élancements qui s'étendait de la coupure au côté radial de l'avant-bras, et s'accompagnait d'un léger gonflement et de sensibilité au toucher; ces phénomènes disparurent au bout de deux heures et ne se remontrèrent plus, si ce n'est dans un point de l'avant-bras, où les élancements continuèrent à se faire sentir pendant quelques jours, et où il resta un peu de sensibilité et de gonflement.

Dans le fait suivant les symptômes furent bien autrement marqués.

OBS. II. Catherine Cantwell, âgée de 20 ans, jouissant en apparence d'une bonne santé, quoique un peu hystérique, vint me trouver au dispensaire du nord-est avec une blessure dans la paume de la main. En se querellant avec son frère pour une pomme, elle voulait lui donner un soufflet, mais sa main rencontra la pointe d'un couteau, qui entra vers la partie moyenne de la face antérieure du pouce, à sa partie interne, et le traversa presque entièrement. Il y eut peu d'hémorrhagie et la plaie se cicatrisa en peu de jours; mais bientôt survint une série de symptômes du plus fâcheux caractère. La paume et le dos de la main étaient le siége d'une tuméfaction considérable, pâle, œdémateuse, d'une sensibilité très-vive et même extrêmement douloureuse. La sensibilité des parties voisines de la cicatrice surpassait tout ce que j'ai pu voir dans d'autres maladies. La malade ne pouvait dormir la nuit. En même temps, une ligne rouge se montra vers le haut de la cicatrice à son côté externe. Elle ressemblait à celle de l'angio-leucite, mais il n'y avait ni dureté ni renflements noueux. Ces phénomènes se dissipèrent d'abord sous l'influence de moyens antiphlogistiques, mais ils se remontrèrent à diverses reprises; et deux mois environ après l'accident, le gonflement était devenu si rouge et si étendu, les parties situées au voisinage de la blessure prenaient si bien l'aspect d'une collection purulente, que j'aurais pu facilement m'y tromper, si je n'avais vu si souvent le gonflement et la rougeur disparaître entièrement dans une nuit, puis reparaître tout à coup au bout de quelques jours, en une heure environ; je les avais vus aussi prendre pendant plusieurs jours un caractère périodique, avec augmentation de la tuméfaction et de la rougeur sur le soir et pendant la nuit, tandis que le matin je trouvais les parties pâles et affaissées; l'erreur n'était donc pas possible. Les souffrances devinrent peut-être plus grandes, la sensibilité extrême; des picotements, des élance-

(1) Extrait du Dublin Journ. of med. science. March. 1838.

ments, se firent sentir dans la main et le doigt, et surtout dans l'indicateur et le pouce; la douleur du bras s'accompagna de soubresauts, d'engourdissements, d'une espèce d'amortissement, d'affaiblissement des puissances motrices. Les doigts et le pouce étaient un peu contractés et ne pouvaient être étendus sans de vives douleurs, ni se fléchir complétement, de manière à pouvoir maintenir un corps avec solidité. La malade se plaignait aussi de quelques accidents hystériformes, tels que la boule, la palpitation et les défaillances. Après avoir essayé toute la série ordinaire des antiphlogistiques, et puis en dernier lieu le quinquina et d'autres toniques, sans en éprouver autre chose qu'une amélioration temporaire, je la soumis à l'usage du mercure, après avoir pris toutefois l'avis de M. Crampton. Il pensa comme moi que ces symptômes étaient le résultat de la lésion d'un nerf, et que c'était le cas d'avoir recours au mercure, et, de plus, conseilla des applications locales de belladone, lesquelles toutefois avaient été mises en usage. Bientôt la salivation s'établit et les effets les plus heureux se manifestèrent. La douleur et le gonflement disparurent, il ne resta qu'un peu de sensibilité et un léger empâtement de teinte pâle sur le dos de la main, parfois aussi quelques douleurs lancinantes. Ces symptômes ne se dissipèrent toutefois qu'avec une grande lenteur; trois mois après, ils persistaient encore en partie, et il y avait un peu de sensibilité autour de la cicatrice et à la paume de la main. La malade se plaignait aussi du retour des élancements pendant la nuit : son bras et sa main toujours humides se couvraient alors de larges gouttes de sueur. Plus tard ces symptômes ne se rencontrèrent que toutes les deux ou trois nuits; mais, bien qu'au bout de neuf mois elle pût reprendre ses occupations habituelles, ce ne fut qu'après plus d'une année qu'elle fut tout à fait bien.

Le troisième cas que j'ai vu dans le dispensaire de l'hôpital de Meath, dans le service de M. Symly, qui m'a permis de le publier, présente une grande ressemblance avec le précédent; seulement le mercure, si remarquablement utile chez Cantwell, n'a exercé ici aucune influence favorable. La terminaison de ce troisième fait est également digne d'être notée.

Obs. III. — Le 2 février 1837. Anne Murphy est âgée de 17 ans, d'un tempérament nerveux, mais jouissant d'une bonne santé. Il y a huit semaines qu'en coupant du pain elle laissa échapper le couteau, qui lui fit une blessure assez superficielle dans la commissure qui sépare le pouce de l'indicateur gauche. La plaie ne saigna pas beaucoup, mais elle mit près d'un mois à se cicatriser. Elle devint très-douloureuse, surtout à partir du troisième jour, et depuis ce moment la malade a souffert dans le pouce et l'indicateur, sur le dos de la main, et jusque sur l'avant-bras et le côté interne du bras vers l'aisselle; la nuit il y avait des exaspérations, puis de temps en temps des intervalles de bien-être de deux ou trois heures. D'abord la douleur s'accompagna de gonflement et de rougeur sur le dos de la main, aujourd'hui il n'y a plus de gonflement. C'est du poignet qu'elle se plaint le plus à présent, la douleur est insupportable; le pouce est le siége de picotements, d'élancements; la cicatrice n'est pas dure, mais elle est si sensible que la pression la plus légère ne saurait être supportée; la main est couverte de sueur pendant la nuit.

20 février. Elle prend du calomel et de l'opium; mais la douleur est encore plus forte; aujourd'hui elle occupe aussi bien le côté externe que le côté interne du bras et de l'avant-bras, jusque vers l'épaule et la partie latérale du cou. Les douleurs sont aussi grandes pendant la nuit que le jour. Le mercure n'ayant aucun effet, on le supprime.

4 mars. La douleur s'est étendue par en bas vers le dos et les hanches.

16 mai. Depuis ma dernière note la malade est allée à l'hôpital de Stevens, où, parmi d'autres médications, on a essayé l'électro-magnétisme. On a aussi employé sans succès le tourniquet. Aux autres symptômes sont venus se joindre un œdème d'une couleur pâle légèrement variée, étendu de la main jusqu'à l'aisselle. La malade dit que cet œdème n'est pas constant (ce en quoi ce cas ressemble au précédent), et que de temps à autre il diminue considérablement; mais c'est à ces moments que les douleurs sont plus aiguës. Tout le bras est sensible au toucher. On a administré tous les toniques usités, le fer, la quinine, etc., les narcotiques, la ciguë, la jusquiame; on a mis des sangsues, des vésicatoires, fait des onctions avec la belladone et le mercure, des lotions avec l'eau de Saturne; on a fait prendre de l'arsenic. La maladie dure depuis cinq mois, et les douleurs sont peut-être plus violentes.

14 juin. J'apprends de M. Quenian qu'il y a quelques jours la malade eut une frayeur dans la rue, et fut saisie d'une attaque d'hystérie; il fallut la reporter chez elle. Pendant deux jours, après avoir repris ses sens, elle fut affectée de sanglots continuels, et après ceux-ci commença un hoquet des plus violents, accompagné de difficulté dans la déglutition, de douleur et de sensibilité à l'épigastre, résultat probablement d'une action violente du diaphragme. Après cette attaque, il y eut cessation complète et définitive de la douleur et du gonflement du bras. L'impression subite et violente sur le système nerveux général avait complétement maîtrisé l'affection locale.

Je dois à la bonté de M. Crampton le cas qui va suivre, et qui nous offrira une forme encore plus terrible de cette affection.

Obs. IV. — Une dame de 18 ans fut saignée du bras droit le 2 décembre 1815. Elle n'éprouva alors aucune sensation particulière. Le soir du jour suivant et le surlendemain au matin, son bras était le siége d'une roideur inaccoutumée, qu'on attribua à ce que la malade avait trop écrit. Le dernier jour cependant, pendant une course en voiture, elle fut saisie de la douleur la plus intolérable, s'étendant depuis la piqûre jusqu'au bout des doigts. La malade la regarda comme la plus violente qu'elle eût jamais ressentie; elle cessait pendant une minute ou deux, puis reparaissait accompagnée d'une sensation bizarre de battements. Bientôt les intervalles de bien-être devinrent plus longs, et il y avait peu de douleur aussi longtemps que le bras était maintenu immobile. Le jour suivant la douleur prit un grand accroissement; le bras ne pouvait être étendu; il était légèrement gonflé; la main était engourdie et froide. Pendant un jour ou deux, la douleur cessa,

puis augmenta ensuite au point de devenir presque insupportable. Elle s'étendit au côté correspondant de la face, où les souffrances étaient affreuses. Anorexie complète; malgré l'usage de l'opium, nuits sans sommeil. Le changement de température avait un effet marqué sur la douleur, qui devenait beaucoup plus vive pendant les gelées. Malgré diverses médications, cet état persista jusqu'au mois de mars suivant, époque à laquelle les intervalles de bien-être devinrent plus longs. Le 3 avril 1816, elle se donna sur le dos de la main un léger coup qu'elle ressentit à peine sur le moment même; mais bientôt le point frappé se tuméfia, s'enflamma, et de temps à autre apparurent des attaques d'inflammation du poignet qui causaient des souffrances qu'on ne saurait décrire. Les sangsues causaient toujours un soulagement marqué. Depuis cette époque jusqu'au mois de juillet, les douleurs brachiales et celles du poignet firent beaucoup souffrir la malade, dont la santé s'altérait de plus en plus; elle était presque continuellement forcée de tenir le lit; son moral était considérablement affaissé. Au mois de juillet se joignit à ces accidents un symptôme fâcheux dont nous reparlerons plus bas, la contracture permanente du pouce et des doigts. Ce qui calmait le mieux les souffrances pendant un certain temps, c'était une forte compression du membre, mais ensuite il en résultait une augmentation consécutive dans ces symptômes.

Sir A. Cooper, John Bell, Baillie, H. Cline, furent consultés spécialement sur la question de savoir si l'incision d'une portion du nerf blessé pourrait être essayée dans le but de dompter ces symptômes désolants. Voici ce que disait M. Crampton dans une lettre adressée à sir A. Cooper : « La santé de cette jeune dame est à présent grandement améliorée, et l'irritation nerveuse semble bornée au nerf blessé et aux parties qui sont en contact avec lui. La douleur est encore très-aiguë et s'étend de la piqûre de la lancette aux extrémités digitales : mais le symptôme le plus fâcheux est une violente contraction spasmodique des muscles fléchisseurs, en raison de laquelle le pouce et les doigts, quand ils ne sont pas maintenus par le moyen d'une force mécanique, sont fléchis avec assez de force pour surmonter toutes les résistances qu'on voudrait leur opposer. Cette action irrégulière des fléchisseurs, loin de diminuer leur puissance, semble au contraire chaque jour en augmenter la force; il faut aujourd'hui presque toute la force de mes deux mains pour étendre un doigt qui a cessé d'être assujetti. D'après toutes ces circonstances, je serais fortement disposé à diviser le nerf irrité, ou plutôt à en exciser la portion qui a dû être blessée. La saignée a été faite sur la veine céphalique, et il est très-probable que la pointe de la lancette, après avoir traversé de part en part la veine, aura pénétré dans le tronc du nerf musculo-cutané, qui, au pli du coude, accompagne dix-neuf fois sur vingt la veine céphalique en arrière de laquelle il est directement situé. Je pense que je n'aurais pas de difficultés à trouver ce nerf au moment où, sortant de dessous le biceps, il passe sous la veine. Il y a un cas rapporté par Watson dans le 2e vol. des *Med. communications*, p. 251, qui vient fortement à l'appui de cette manière de voir. Je crois en effet qu'on peut sans difficulté admettre que l'issue favorable de ce cas doit être attribuée plutôt à la division du nerf qu'à celle du fascia. Vous pourrez peut-être aussi retrouver un cas rapporté par M. John Sherwin (4e vol. de *Duncan's medical commentaries*). Ce sont les deux seuls exemples bien dignes de foi que je puisse trouver ou me rappeler, et dans lesquels on ait pratiqué avec succès une opération dans le but de remédier à des symptômes consécutifs à la piqûre d'un nerf, dans la phlébotomie. » Le docteur Baillie et sir A. Cooper furent les seuls qui regardèrent l'opération comme convenable. Ce dernier cependant conseilla de tenter auparavant l'emploi de l'électricité.

Ce moyen n'ayant produit aucun effet, les accidents augmentant tous les jours, M. Crampton pratiqua l'opération au mois de décembre 1816. Alors la douleur et la contraction spasmodique étaient pires que jamais; ce dernier phénomène était porté à un degré tel que, malgré l'emploi d'un instrument qui par le moyen d'un trou tendait à étendre les doigts, les ongles s'étaient enfoncés dans les chairs de la paume de la main, où ils avaient fait naître un ulcère sordide; ce qui n'est pas moins singulier, le bras s'était couvert de poils.

Le nerf fut trouvé avec facilité au moment où il longe le bord externe du tendon du biceps, et on en réséqua un quart de pouce.

Cette partie de l'opération ne fut terminée qu'avec la plus grande difficulté, en raison de la position et de la contraction du bras, et des mouvements spasmodiques violents excités par l'opération. *L'effet immédiat* de la division du nerf fut le relâchement complet des doigts qui étaient restés contractés pendant plusieurs mois, et la disparition de la douleur. Au bout de vingt heures cependant les mouvements spasmodiques revinrent avec la plus grande violence; toutes les parties du corps furent agitées des spasmes les plus effrayants pendant plusieurs jours et presque sans relâche. La connaissance cependant ne fut pas perdue un seul instant, et les douleurs n'étaient pas très-violentes. En deux ou trois semaines toute tendance au spasme disparut; la santé générale s'améliora, si bien que la jeune dame put reparaître dans le monde, et que même elle dansa dans le cours du printemps de 1817. Souvent cependant elle se plaignait de vives douleurs dans le bras; l'opération n'avait pas moins eu pour résultat la disparition complète des accès d'inflammation et des spasmes. Dans l'été de 1817 une petite portion saillante de la cicatrice devint extrêmement sensible. Le plus léger attouchement sur cette partie produisait des évanouissements; on l'excisa dans le mois d'août. A cette nouvelle opération succédèrent des spasmes violents qui durèrent pendant plusieurs jours; mais la plaie se cicatrisa avec facilité, et depuis, jamais elle ne redevint sensible au toucher. Au mois de septembre la paroi abdominale devint sensible à la pression, les intestins étaient irrités : ces symptômes cédèrent à des saignées locales et aux opiacés. Depuis cette époque deux ou trois attaques du même genre ont cédé aux mêmes moyens.

Au mois de mars 1818, elle reçut un coup très-léger sur le dos de la main : comme dans la première période de sa maladie, ce coup fut suivi d'une

inflammation du poignet, et pendant les trois mois suivants l'inflammation revint, avec une régularité remarquable une fois tous les quinze jours, puis plus fréquemment et à des intervalles irréguliers; mais depuis le mois de décembre dernier, elle se manifesta de nouveau avec la plus stricte régularité, une fois par semaine, vers six heures du soir. La douleur commence dans le point de la blessure primitive du bras, s'élance par en haut du côté de la tête, et s'étend en bas du côté du poignet et des doigts. En peu de minutes le poignet prend un volume extraordinaire et devient d'une couleur rouge brillante, et on applique immédiatement les sangsues, qui en une heure environ soulagent la douleur excessive du poignet; mais il n'en reste pas moins une douleur dans la tête qui oblige la malade à garder le lit pendant tout le jour suivant. Depuis les dernières semaines chaque attaque nouvelle est devenue plus violente et plus longue; la tête est à peine exempte pendant quelques instants d'une douleur qui devient intolérable dans les moindres mouvements. La malade a maigri rapidement, a perdu l'appétit, et des sueurs abondantes ont lieu chaque nuit.

A cette époque elle prit froid, et fut affectée d'une pneumonie pour laquelle elle fut saignée et soumise à l'emploi du mercure. Les gencives furent immédiatement affectées, mais la violence des paroxysmes nerveux cessa. Deux apparitions hebdomadaires furent remplacées par des attaques plus légères tous les quinze jours, puis elles devinrent mensuelles, et enfin, entre le troisième et le quatrième mois, la malade se trouva parfaitement exempte de toute espèce de douleur.

Dans cet exemple, la violence de la maladie fut d'abord affaiblie par l'ablation d'une portion du nerf blessé, et la guérison fut ensuite complétée par l'emploi purement accidentel du mercure.

Dans sa correspondance avec le père de cette malade, H. Cline lui rapportait l'histoire de la fille d'un chirurgien de distinction de Londres. Celle-ci s'était coupé le doigt; la blessure se cicatrisa, mais bientôt après la malade fut prise d'une affection des nerfs, qui, d'abord bornée à la partie blessée, s'étendit graduellement vers le bras, et détermina ensuite une contraction musculaire si violente de tout le membre supérieur, qu'il était doublé en quelque sorte, et que la main était venue reposer sur l'épaule correspondante. Les essais pour l'en écarter déterminaient une douleur déchirante. On la laissa donc dans cette position, et on s'occupa seulement de son état général; tous les autres moyens et en particulier l'électricité ayant échoué, on la fit conduire sur le bord de la mer où on lui donna tous les soins possibles : au bout de deux ans, je crois, elle fut parfaitement rétablie.

Le docteur Baillie fait mention d'un cas où la blessure d'un nerf par une forte compression fut suivie d'une sensation douloureuse, étendue de la partie blessée au cerveau; puis d'accès épileptiques. Dans cet exemple, la portion du nerf blessé fut enlevée. Néanmoins les accidents épileptiques continuèrent, et la malade succomba dans un de ces accès.

D'un autre côté, sir Ast. Cooper cite une observation prise à l'hôpital de Guy. L'homme qui en est le sujet reçut un coup sur le pouce, bientôt suivi de douleur dans la partie, puis dans l'avant-bras, d'où les accidents s'étendirent à l'épaule, au cou, et en dernier lieu au cerveau. Lorsqu'il était pris de ces accès de douleur, il perdait l'exercice de toute fonction volontaire et tombait. Comme cet état du cerveau était toujours précédé de douleurs dans le pouce et d'une remarquable contraction du bras, sir Ast. Cooper coupa le nerf radial près du tendon du long supinateur, et en excisa les 5/8 d'un pouce. La plaie se cicatrisa très-rapidement. Le malade eut ensuite un petit nombre d'autres accès, beaucoup moins violents toutefois; il retourna dans son domicile, et bientôt la guérison fut parfaite.

Je me rappelle avoir vu un cas semblable au précédent dans l'hôpital de Meath, il y a 5 ans, dans le service du chirurgien feu M. M'Nanamara. Il s'agissait d'une femme âgée de plus de 50 ans, qui, cinq mois avant son entrée, s'était coupé très-superficiellement le bout du pouce; bien qu'elle eût perdu une très-petite quantité de sang, la douleur fut si grande qu'elle fut sur le point de perdre connaissance. La coupure se cicatrisa rapidement, et pendant deux mois il n'y eut aucun accident. A cette époque, en tordant du linge, elle fut prise subitement d'une douleur excessive de la partie postérieure de l'articulation inférieure du pouce, laquelle dura pendant deux heures et fut accompagnée de tuméfaction. Il y eut persistance d'un léger degré de sensibilité et de gonflement; mais de la douleur suivait le plus léger mouvement du pouce, et si on le heurtait, si on lui faisait faire quelque exercice inaccoutumé, quelquefois même spontanément, des douleurs aiguës s'élançaient vers la partie antérieure de l'avant-bras, sur le côté du bras, du cou, et jusque dans la tête. Le bras se paralysait, et puis survenaient de la lassitude, des défaillances, de la soif avec grand affaissement, et souvent avec de la céphalalgie. Un degré de plus, et cette femme aurait eu des accès d'épilepsie comme dans le cas précédent. Il y avait un gonflement diffus, dur, sensible, autour de l'articulation carpienne du pouce. Le pouce lui-même était engourdi et froid; la paume de la main, la partie antérieure de l'avant-bras, et la partie latérale du bras étaient extrêmement sensibles au toucher. Bientôt après son admission elle voulut quitter l'hôpital.

D'après le cas que je viens de donner, d'après plusieurs autres dont je ne veux pas fatiguer le lecteur, je crois pouvoir établir que la blessure d'un nerf ou d'une de ses branches, dans un état particulier de la constitution, peut être suivie des symptômes locaux et généraux les plus fâcheux. Ainsi :

1° Une douleur du caractère le plus aigu, qui, du siége de la blessure, s'élance en diverses directions sur le trajet des nerfs, soit du côté de la périphérie, soit du côté du cerveau. Elle est souvent périodique, et s'accompagne généralement de la sensibilité la plus exquise.

2° La douleur s'accompagne souvent de rougeur et de gonflement, fort analogues à ce que l'on remarque dans le cas d'inflammation des fascias, ou de collection purulente profonde; mais en différant par une pâleur plus grande de la peau, par un caractère œdémateux plus tranché, et surtout par la va-

riation de ces symptômes, qui tantôt s'accroissent, tantôt diminuent subitement, et parfois par une périodicité tranchée.

3° Des contractions du membre et des spasmes d'une violence inaccoutumée. Ces spasmes se transforment parfois en convulsions épileptiques franches.

4° Des symptômes généraux de l'ordre de ce qu'on appelle généralement nerveux et hystériques, savoir : perte de connaissance, sensation d'une boule, prostration des forces, etc.; quelquefois aussi on a observé la fièvre hectique.

5° Tous ces symptômes ont échappé à l'influence des médications dirigées contre eux; mais au bout d'un long intervalle ils se sont graduellement dissipés en apparence, par les seuls efforts de la nature. Dans un très-petit nombre d'exemples la terminaison a été fatale.

Il n'est pas facile de déterminer pourquoi ces symptômes ne se montrent que dans un petit nombre de cas de blessures des nerfs; pourquoi, dans la plus grande partie des plaies que l'on observe chaque jour, et dans lesquelles des nerfs doivent avoir été lésés, on ne voit rien de semblable. On les a le plus souvent observés chez des femmes nerveuses et hystériques, mais cela n'est pas constant; c'est cependant à cause de cette circonstance que M. Brodie les regarde comme le résultat de l'hystérie. Cette opinion, de même que la plupart de celles de cet illustre chirurgien, mérite d'être prise en considération. Pour tous ceux cependant qui auront lu avec soin les faits rassemblés dans ce mémoire, il sera facile sans doute de reconnaître une très-grande ressemblance entre les symptômes qu'ils ont présentés et ceux de l'hystérie; mais encore on y trouvera des différences bien marquées : la douleur, les spasmes, les contractions. Cette inflammation locale particulière n'est pas un symptôme accidentel; il se manifeste avec une régularité extrême : et quand des effets fâcheux ont suivi la blessure d'un nerf, ce sont les symptômes qui se sont présentés à peu près constants et uniformes. A présent ce groupe de symptômes a-t-il été observé sans blessure dans l'hystérie? S'il en est ainsi, cela du moins doit être excessivement rare.

J'incline plutôt vers cette opinion qu'une inflammation avec irritation spéciale (1) prend naissance dans le nerf blessé, que ses branches transmettent les impressions morbides au cerveau et à la moelle épinière, et de là réagissent sur tout le système nerveux.

Telle était à peu près l'opinion d'Abernethy. Celle de M. Brodie est d'une tout autre importance, puisqu'elle a conduit ce praticien à s'opposer aux opérations qu'on pourrait pratiquer sur le nerf affecté, dans le but de remédier aux accidents. Malgré ma déférence pour cette haute autorité, je dois avouer que, non-seulement d'après mon expérience peu étendue, mais encore plus d'après l'examen de plusieurs cas isolés, publiés par d'autres chirurgiens, je suis amené à une conclusion tout à fait opposée.

Dans le cas mentionné par A. Cooper, dans celui de M. Crampton, l'excision d'une portion du nerf au-dessus de la blessure fut suivie d'amendement dans les symptômes. L'observation de M. Scherwin est aussi concluante sous ce point de vue. Une saignée faite à une servante fut suivie de douleurs et de battements dans la blessure, d'élancements qui s'étendaient vers les doigts, et, en haut, remontaient vers le deltoïde et sur les parties latérales du cou et de la face; puis de spasmes, de contractions de la main et du bras, et même du côté de la face, de manière à lui donner l'aspect du trismus. Il y avait aussi une rougeur érysipélateuse et du gonflement autour de la blessure du bras, une tache rouge, douloureuse et sensible sur le pectoral, et du délire. Ces symptômes avaient continué pendant une quinzaine; ils disparurent après une profonde incision pratiquée au-dessus de la cicatrice. Le cas du docteur Watson est fort analogue; il s'agit d'une phlébotomie suivie des symptômes que nous venons de décrire, et même d'une tuméfaction rougeâtre sur le muscle pectoral. Cette tuméfaction ressemblait même tellement à une collection de liquide, qu'on y fit une profonde incision, mais il n'en sortit pas de pus : 4 fois le docteur Watson fit une incision au-dessus de la cicatrice de la saignée, et chaque fois avec diminution des contractions et amendement dans les symptômes; mais chaque fois aussi, dès que l'incision était cicatrisée, les accidents revenaient, probablement à cause de la réunion des bouts du nerf divisé. Cette dernière incision fut portée jusqu'à l'os, et cette fois la guérison fut permanente.

Le docteur Wilson de Granthow, dans un cas où de fortes convulsions et le coma avaient suivi la blessure d'un nerf, divisa ce nerf *deux jours* après, et il en résulta une amélioration immédiate et ensuite une guérison permanente (Swan, *On the nerves*, p. 117).

M. Teewan a publié un cas très-intéressant. Le malade, après une piqûre du pouce, avait été pris des symptômes décrits plus haut : douleurs, spasmes, trismus temporaire, contraction du pouce, etc. Ces symptômes ayant continué pendant deux mois, et gravement altéré la santé générale, M. Brodie fut prié de pratiquer l'opération, mais il s'y refusa; et parmi plusieurs raisons donna la suivante : « Il pensait que probablement plusieurs nerfs étaient le siége de la maladie, et que s'il en était ainsi, la division du nerf radial ne pourrait être couronnée de succès. » M. Earle en pensa autrement, et réséqua un demi-pouce du nerf radial à son tiers inférieur. L'opération fut très-douloureuse, et suivie d'une grande irritation nerveuse et d'un accroissement temporaire des symptômes; mais bientôt survint une amélioration bien dessinée. Après trois semaines, la santé générale était fort amendée, le malade pouvait étendre les doigts et le pouce sans douleur; mais il ne fut complétement rétabli qu'au bout de plusieurs mois.

Mon ami le docteur Watson, de New-York, m'a communiqué le fait suivant, rapporté par le docteur Greene à la Société médicale de cette ville. Une jeune fille se présenta à ce médecin avec une dou-

(1) Dans un cas publié par M. Teevan dans *The Lancet*, vol. XXIII, p. 653, et qui sera cité tout à l'heure, il est dit qu'à l'examen de la portion divisée du nerf, le névrilemme parut fortement enflammé.

leur névralgique aiguë de la face, laquelle existait depuis quatre mois. Trois semaines environ avant qu'elle commençat à souffrir, on lui avait arraché la deuxième dent molaire du côté gauche de la mâchoire inférieure, et la douleur actuelle paraissait siéger immédiatement sur le point d'où la dent avait été extraite. La douleur fut d'abord intermittente, venant chaque matin à neuf heures, s'accroissant insensiblement et déterminant enfin des spasmes violents. Ces paroxysmes devinrent de plus en plus fréquents et aigus, et depuis deux mois ils se répétaient plusieurs fois chaque jour (jamais la nuit); leur longueur variait de cinq à vingt minutes. La santé générale était fort altérée; la malade, à son arrivée à New-York, était fort amaigrie, et ses traits portaient l'expression d'une souffrance cruelle. En examinant le siége de la douleur, le docteur Greene trouva la muqueuse de la face interne de la joue adhérente par en haut au bord de la gencive, et une petite tumeur qui remplissait l'espace auparavant occupé par la dent. La compression de cette tumeur n'était pas douloureuse. M. Greene l'enleva avec un scalpel, puis fit une application caustique sur la plaie. La tumeur n'était pas plus volumineuse qu'un pois, et d'une consistance fibreuse très-ferme. Au moment de l'opération, la malade venait de sortir d'un paroxysme qui avait duré vingt minutes; une semaine après l'opération, lors de la lecture de ce fait, il n'y en avait pas eu de nouveau.

Quand un nerf a été coupé ou blessé, il devient quelquefois le siége de petites tumeurs bulbeuses. M. Swan décrit une tumeur de ce genre à son début, survenue après une déchirure du nerf sciatique par un fragment d'os fracturé. Portal dit aussi qu'après les blessures des nerfs, il se forme sur eux des concrétions dures, qui, si on les comprime légèrement, déterminent de la douleur et des convulsions; si on les serre avec force, de la paralysie ou de la stupeur. Dans le cas précédent, la branche dentaire de la cinquième paire avait probablement été blessée dans l'extraction de la dent, arrachée peut-être avec un fragment de mâchoire inférieure, comme j'en ai vu un exemple, et c'était la tumeur, suite de cet accident, qui donnait naissance aux symptômes.

Le fait suivant, bien que n'appartenant pas à la pathologie de l'homme, n'en éclairera pas moins la question. M. Crampton m'a raconté qu'un excellent cheval, en passant à travers des buissons, devint tout à coup boiteux et resta ainsi pendant deux ans, ne pouvant s'appuyer sur son pied. M. Crampton, en examinant la jambe, crut sentir une tumeur dans la direction du nerf radial. Il fit une incision, et trouva effectivement une tumeur : il en fit l'ablation en même temps qu'il excisa une portion du nerf sur lequel elle reposait. En la fendant, il découvrit une épine à son centre. Le cheval guérit parfaitement, si bien que plus tard il put être vendu toute sa valeur.

On voit donc que, dans beaucoup d'exemples de symptômes douloureux les plus violents, après les blessures des nerfs, l'ablation d'une portion du nerf, soit au niveau du siége de la lésion, soit au-dessus, a été suivie du plus heureux résultat. Les cas dans lesquels cette opération a échoué sont, autant que j'ai pu m'en assurer, excessivement rares comparativement aux exemples de succès. Si l'on juge que l'opération soit convenable, elle doit être pratiquée aussitôt que possible après l'apparition des symptômes. C'est le moyen de prévenir de grandes douleurs et d'empêcher que l'affection n'aille, comme on l'a vu tant de fois, se fixer sur le système nerveux général. C'est même pour cette dernière raison que, quand on opère tardivement, la guérison est si lente; on peut comparer sous ce point de vue le cas du docteur Wilson avec celui de Teevan. On peut dire toutefois, pour repousser l'opération dans les cas de ce genre, que souvent ils guérissent fort bien d'eux-mêmes. Cela est vrai, sans doute, et j'ai mentionné plusieurs cas de ce genre. Mais la maladie se prolonge ordinairement pendant si longtemps, les douleurs sont en général si effroyables, témoin le cas de M. Crampton, que peu de personnes voudront en attendre la terminaison spontanée. Mon ami le docteur Watson de New-York donne ses soins à une femme qui s'est coupé la plante du pied avec un morceau de verre et s'est blessé un nerf; depuis plus de six ans elle a souffert de vives douleurs dans le pied, qui sont remontées vers la cuisse, en s'accompagnant de claudication et de gonflement du pied et de la jambe. Les amis de cette malade l'ont détournée de toute opération. Relativement à la question de l'amputation, comme moyen curatif, je n'ai pas de données suffisantes pour établir mon opinion. Quant aux autres moyens, le seul qui ait paru exercer une influence marquée, c'est le mercure; on en a lu deux exemples dans le courant de ce mémoire; on y a vu aussi un cas, celui de M. Symly, où ce médicament a échoué.

J'ai vu enfin une affection nerveuse du poignet extrêmement violente, résultat probablement de la rupture d'un nerf pendant un violent effort, guérie par les moyens qui vont être indiqués.

Obs. Quatre ans auparavant le malade, maître boucher, s'était foulé le poignet en tuant un bœuf; bientôt il fut affecté dans cette région de douleurs violentes qui revenaient pendant la nuit, et le tenaient éveillé dans une véritable agonie pendant plusieurs heures en se prolongeant jusque vers le matin. Durant ces paroxysmes, le poignet devenait d'un rouge pâle et se tuméfiait légèrement; il était le siége d'une perspiration considérable, et était si chaud que le malade disait qu'il brûlait. Aussi avait-il l'habitude de tenir au chevet de son lit un large vase rempli d'eau très-froide dans lequel il plongeait sa main, et l'y laissait jusqu'à ce que le liquide s'échauffât. Tant qu'il était froid, il éprouvait de cette pratique un soulagement marqué. Il souffrait constamment depuis quatre ans avec plus ou moins de violence; pendant cet intervalle, il avait consulté presque tous les hommes de quelque réputation à Dublin, et par conséquent avait été soumis à toutes sortes de remèdes sans en avoir retiré aucun bénéfice bien marqué. A l'époque où M. Crampton le vit, il n'y avait aucune lésion apparente dans le poignet; mais, bien que le sujet pût s'en servir pour l'exécution des mouvements ordinaires, il était beaucoup trop faible pour l'employer dans les efforts violents de son état. Après divers essais, M. Crampton recommanda d'arroser constamment les parties avec une forte solution d'acétate de plomb : dès le prin-

cipe, ce moyen procura un soulagement marqué ; au bout de dix jours le malade était tout à fait bien, et il n'y avait eu aucun retour des attaques quand je le revis plusieurs mois après.

---

*De la cirrhose du poumon;* par le docteur J. Corrigan (1).

La maladie du poumon qui fait l'objet de ce mémoire ressemble parfaitement à la cirrhose du foie, sauf les modifications nécessairement apportées par la situation et la nature différentes de l'organe. Outre son tissu cellulaire interlobulaire, le poumon a, comme le foie, pour matrice de ses vaisseaux et de ses tuyaux aérifères, un tissu celluleux dont les fibres le traversent en tous sens. Il est de plus entouré d'une enveloppe fibreuse ou fibro-celluleuse, qui a été décrite par le docteur Stokes. Un autre de ses éléments ajoute au développement de la cirrhose : c'est le tissu élastique qui double le tissu musculaire de la trachée et des bronches, dont les fibres longitudinales tendent continuellement à raccourcir ces tuyaux, et à attirer toutes les parties de l'organe de la circonférence à la racine du poumon. Nous en voyons l'action pendant la vie ou après la mort, quand après une incision faite au thorax, nous voyons le poumon, par le retrait de ce tissu, se diriger, comme vers un point fixe, de tous les points de la périphérie vers la racine. La structure du poumon, son enveloppe fibreuse, la membrane élastique du tube aérien, tout tend donc à produire dans son tissu celluleux le retrait qui constitue l'affection que j'ai cru devoir appeler cirrhose du poumon, à cause de sa ressemblance avec le même état pathologique dans le foie.

Quoique la lésion primitive soit identique dans le foie et dans le poumon, les effets doivent varier. Les organes mous et mobiles qui avoisinent le foie, les parois abdominales qui le protègent, n'apportent pas d'obstacle à son resserrement, et tout le tissu de l'organe, veines, artères, conduits biliaires, se trouvent alors comprimés également. L'espace abandonné graduellement par le foie qui se rétracte, est rempli par les organes environnants qui se prêtent à ce nouvel état. Le poumon est dans des conditions différentes : à mesure que la rétraction morbide s'opère, l'espace qu'il abandonne ne peut être ainsi comblé ; il faut qu'il le soit autrement. En même temps que la contraction des fibres du tissu fibro-celluleux oblitère les vésicules, et que ces fibres, comme autant de cordes élastiques dirigées de la racine du poumon vers tous les points de la circonférence, tendent à rétracter la trame pulmonaire, oblitérant ses petites ramifications bronchiques et ses vaisseaux sanguins, les gros tuyaux bronchiques se dilatent pour combler le vide laissé par le poumon, jusqu'à ce qu'à la fin, à la dernière période de la maladie, le tissu pulmonaire atrophié, au lieu de vésicules perméables à l'air, présente un tissu dense, fibro-celluleux ou fibro-cartilagineux. Ces fibres s'irradient en tous sens le long des ramifications bronchiques de second ou de troisième ordre, dont l'extrémité se termine en cellules ou culs-de-sac de volume variable. Si l'on fait alors une section dans un lobe pulmonaire, les bronches dilatées, tortueuses, lui donnent l'aspect de ces pierres que l'on trouve sur le bord de la mer, et qui, à la coupe, ressemblent aux cellules d'une ruche à miel.

Cette dilatation des tuyaux bronchiques est due en partie au retrait progressif du tissu du poumon, en partie à l'expansion des parois thoraciques dans l'expiration. Le mécanisme par lequel cette rétraction morbide opère la dilatation des bronches nous semble s'expliquer aisément. S'il y avait un seul tuyau bronchique dont la trame fibro-cellulcuse environnante se rétractât, cette action rétractile amènerait un rétrécissement de l'œsophage ou du rectum ; mais lorsqu'il y a, comme dans le poumon, un grand nombre de tuyaux bronchiques, et que le tissu rétractile, au lieu d'environner les bronches, occupe l'intervalle situé entre elles, sa lente contraction tendra à rapprocher les parois d'un tube des parois d'un autre tube, et il en proviendra nécessairement une dilatation. Celle-ci est encore exagérée par chaque mouvement d'expansion de la poitrine dans l'inspiration, dont l'effet est pareillement d'éloigner les parois des bronches. En effet, comme le poumon doit suivre les parois thoraciques dans le mouvement inspirateur, et comme son tissu vésiculaire ne peut se prêter dans la même proportion, l'action expansive du thorax dans l'inspiration sera une seconde cause qui écartera les parois des tuyaux aérifères. La nouvelle condition morbide de l'organe et le jeu normal de ses fonctions auront ainsi un même résultat, la dilatation des bronches.

Si la condensation du tissu fibro-celluleux continue, il s'opère d'autres changements : les parois osseuses de la poitrine suivent l'aplatissement du poumon, et le côté malade s'affaisse ; quand l'affection siége à droite, le cœur suit également le retrait des lobes pulmonaires, en sorte qu'au lieu d'être senti à

---

(1) Les recherches les plus récentes en France et en Angleterre, ainsi que les observations microscopiques, ont démontré que la cirrhose du foie consiste, en grande partie, dans une altération du tissu fibro-celluleux qui enveloppe les glandules de l'organe. Les fibres de ce tissu, qui s'épaissit, se contractent, tirent sur les granulations hépatiques, de la circonférence au centre, et cette action de retrait détermine l'atrophie de l'organe sécréteur. Le docteur J. Corrigan, déjà connu en France par un intéressant Mémoire sur l'insuffisance des valvules aortiques, vient de publier, dans le Journal de médecine de Dublin, un travail sur une maladie qu'il appelle *Cirrhose du poumon* à cause de son analogie avec la même altération dans le foie. Dans quelques observations de Laënnec, de M. Andral et autres pathologistes français, on trouve des descriptions qui se rapprochent de celle de Corrigan. Mais l'auteur anglais fixe avec plus de netteté et de précision l'attention des praticiens sur une lésion rare, dont il fait une maladie à part. Dans le courant du mois d'avril nous avons recueilli, à l'hôpital des Enfants, deux observations où les altérations rencontrées à l'autopsie ressemblaient parfaitement à la description de Corrigan, et nous avions été embarrassés pour les rapporter à un état pathologique bien connu. Nous croyons donc le travail de Corrigan digne de l'attention des médecins, et nous en donnons une traduction à peu près complète. (*N. du trad.*)

sa place ordinaire, il est amené par degrés vers le côté droit, et ses battements sont perçus sous la mamelle droite. Par suite de la même cause, le foie remonte très-haut dans la poitrine, et le poumon gauche prend un développement notable, anticipe sur le côté droit du thorax, et quelquefois son volume augmente de plus de moitié. Quand le côté gauche est affecté, le cœur éprouve un mouvement de rotation, de manière à ce que sa pointe réponde à une ligne droite qui partirait de l'aisselle; il peut même se porter encore plus en arrière. L'aspect du poumon varie nécessairement suivant le degré de retrait qu'il a subi. Au début de la maladie, il est presque naturel, le tissu n'est pas friable, il est comme carnifié. Des fibres denses, fermes, blanches, s'irradient en tous sens; ce sont les filaments fibro-celluleux dont le retrait a amené cette densité pulmonaire, cette fermeté et cet aspect blanchâtre du tissu. Les bronches de second et de troisième ordre, au lieu de diminuer de volume, paraissent de plus en plus dilatées et finissent en culs-de-sac; sur les côtés de ces ampoules s'aperçoivent les orifices des dernières ramifications bronchiques oblitérées.

La marche de la maladie est généralement lente. Chez le dernier malade dont j'ai recueilli l'observation, elle dura trois mois, et trente ans chez un autre. La durée de la cirrhose du foie est aussi fort variable.

Passons maintenant aux observations : la première nous montre les effets de la cirrhose à la première période. Le malade était mort d'une affection aiguë, étrangère à la cirrhose, qui n'a dû avoir sur la terminaison fatale que peu d'influence, si même elle en a eu.

Obs. I. — John Chambers entra à l'hôpital de Jervis-Street, le 17 mai 1837. Toux fréquente, dyspnée, respiration accélérée, fièvre forte, pouls à 120. Trois mois auparavant cet homme avait eu la grippe, et la toux et l'expectoration avaient continué. Il y avait de l'amaigrissement, et par intervalle des crachements de sang. La maladie aiguë datait de neuf jours. Au côté droit, matité à la percussion : dépression évidente. Au point mat, respiration bronchique, bronchophonie. Le mal fit des progrès rapides, et la mort survint au bout d'une semaine.

*Nécropsie.* Pas de tubercules dans les poumons : le gauche est tout à fait sain. Un peu de pleurésie à droite. Le tissu pulmonaire est dense, d'une couleur rouge grisâtre, non crépitant. Loin d'être friable, il résiste sous le doigt et à la coupe : il paraît traversé en tous sens par des bandes épaisses et blanchâtres de tissu fibro-celluleux. Les tuyaux bronchiques, au lieu de diminuer à mesure qu'ils s'approchent de leur terminaison, augmentent de volume; leur diamètre est plus grand, et la membrane qui les tapisse est jusque dans les dernières ramifications d'une coloration violette; ils se terminent en une cavité ovale ou arrondie. Dans quelques-unes de ces dilatations ou cavernes se voient agglomérés nombre d'orifices de bronches plus petites, qui, sauf leur ouverture, ne sont plus perméables à l'air.

Dans la seconde observation la maladie est confirmée; elle est à la dernière période.

Obs. II. — B. F., femme de 30 ans environ, vint me consulter. Elle présentait les symptômes suivants : Respiration très-difficile, semi-orthopnée; point de lividité dans la face. Impossibilité du décubitus sur le côté gauche. Toux fatigante, expectoration purulente, visqueuse. Pouls à 100, très-faible. Hydropisie des extrémités inférieures et du bas-ventre, soif, vomissements, diarrhée. *Signes physiques :* Côté droit de la poitrine très-mat dans toute son étendue. En haut et en avant, gargouillement, respiration et toux caverneuses, pectoriloquie. Mêmes phénomènes, moins prononcés, en arrière. Déplacement du cœur remarquable : l'impulsion se fait sentir, non pas du côté gauche, au point ordinaire, mais à droite, au-dessous de la mamelle. A gauche, sonorcité de la poitrine généralement bonne, moindre au-dessous de la clavicule. En haut, râle muqueux abondant; un peu de résonnance de la voix. La faiblesse de la malade était telle qu'il fut impossible d'obtenir les renseignements détaillés sur la marche de l'affection. J'appris seulement que, depuis plusieurs années, elle se plaignait de douleurs de poitrine, et ne pouvait se coucher sur le côté gauche. Mais le mal n'avait commencé à prendre une tournure fâcheuse que six mois auparavant, époque où elle eut une hémoptysie et des palpitations. Elle mourut peu de jours après notre examen.

*Nécropsie.* Le poumon droit était réduit au volume des deux poings. Il occupait la partie supérieure de ce côté du thorax; il était très-adhérent à la plèvre costale. Le reste de cette cavité thoracique était rempli par le cœur, qui était situé à droite du sternum, et par le foie, qui remontait très-haut sous les fausses côtes. Le poumon droit, à la coupe, était évidemment altéré. Il consistait en un amas confus de tuyaux bronchiques élargis, réunis par un tissu dense et ferme, sans aucune trace de caverne tuberculeuse ancienne ou récente. Les bronches se terminaient brusquement en cavités arrondies, et étaient remplies de matière mucoso-purulente. Le poumon gauche avait augmenté de volume de plus de moitié; au centre étaient quatre ou cinq petits abcès; à la base, il y avait plusieurs points hepatisés en rouge et en gris.

Cette observation offre beaucoup d'intérêt pour le praticien, en ce que la cirrhose simulait parfaitement une phthisie. Tous les signes physiques de cette dernière affection étaient réunis : l'hémoptysie complétait la ressemblance, et cependant il n'y avait pas un seul tubercule dans le poumon; mais les altérations anatomiques rendaient également compte des signes qui s'étaient montrés pendant la vie. On serait peut-être d'abord tenté de supposer que le retrait du poumon dépendait d'une ancienne pleurésie avec épanchement; mais les détails de l'observation et les lésions anatomiques doivent faire repousser cette idée. Rien ne put s'opposer à l'expansion du poumon après la résorption du liquide qui le comprimait, si ce n'est un dépôt à l'extérieur de lymphe plastique ou de couches fibro-cartilagineuses. Laënnec a fait observer que, dans tous les cas de guérison de pleurésie où il y avait une dépression notable de la poitrine, le dépôt à la surface de l'organe était fibro-cartilagineux. Dans notre observation, rien de semblable. L'adhérence entre la plèvre costale et pulmonaire était celluleuse, et n'aurait pu en aucune

façon s'opposer à l'ampliation pulmonaire, et d'ailleurs l'aspect de ce poumon, dont le tissu était dense, blanchâtre, fibro-cartilagineux, différait tellement de la carnification du poumon avec couleur noir-bleuâtre, que, pour un œil exercé, il n'y avait pas possibilité d'une méprise.

Autre différence entre ces deux états ; dans l'épanchement pleurétique, quel que soit le retrait du poumon comprimé par le liquide, s'il n'y a pas d'altération de structure, le tissu vésiculaire subsiste, et est encore susceptible de développement. Dans la cirrhose au contraire, le tissu vésiculaire a complétement disparu.

Obs. III. (Je l'emprunte à Laënnec : les lésions pathologiques sont exactement celles que j'ai décrites plus haut.) Un homme, reçu à l'hôpital dans l'hiver de 1821 à 1822, toussait depuis vingt ans ; les crachats étaient mucoso-purulents. L'oppression était grande. Côté gauche de la poitrine plus petit d'un tiers. A l'angle inférieur de l'omoplate gauche, bronchophonie évidente. Mort subite avec des symptômes apoplectiques, quelques heures après l'entrée à l'hôpital.

*Nécropsie.* Le poumon gauche ne dépasse pas le volume des deux poings. Adhérence à peu près complète à la plèvre costale. Tout le tissu pulmonaire est transformé en une substance comme cartilagineuse. Dilatation de presque tous les tuyaux bronchiques. Leur diamètre, depuis leur première division jusqu'à leur terminaison en cul-de-sac, ne varie guère que de deux à trois lignes. Oblitération des ramuscules bronchiques. Poumon droit sain et très-volumineux.

Tous les signes caractéristiques de l'affection que nous décrivons se retrouvent ici : texture fibro-cartilagineuse du poumon, imperméabilité des vésicules pulmonaires, terminaison des bronches en cul-de-sac, dépression du côté malade, développement exagéré de l'autre poumon. Il est singulier que la vraie nature de la maladie et que la liaison entre les altérations pathologiques et la symptomatologie aient échappé à Laënnec, et qu'il se contente de donner ce fait pour un exemple de dilatation des bronches (1).

La dilatation des tuyaux bronchiques, telle que je l'ai mentionnée plus haut, a été décrite par Laënnec et Andral ; mais l'explication que je propose, pour le rapport de leurs lésions avec l'état particulier du poumon, diffère entièrement de la leur. La pathologie nous fournit nombre d'exemples de cet état morbide du poumon, de ce retrait graduel de fibres du tissu celluleux ; mais quelle est la cause de l'action contractile de ce tissu fibreux ou fibro-celluleux ? c'est encore un mystère (1).

Pour le diagnostic de la cirrhose du poumon, quelques remarques peuvent être utiles. Quand on examine la poitrine pour la première fois, dans un cas ou la maladie siége au côté droit, le déplacement du cœur, la saillie du côté gauche, pourraient faire croire à l'existence d'un épanchement pleurétique ; mais un examen un peu plus attentif dissipera toute espèce de doute. On verra que la saillie du côté gauche n'est pas réelle, mais apparente, et qu'elle provient de la dépression du côté droit. L'absence de matité en ce point, qui paraît dilaté, la disposition normale des espaces intercostaux, éloigneront l'idée d'un épanchement ; la pureté de la respiration vésiculaire prouvera également qu'il n'existe point de pneumo-thorax de ce côté.

La phthisie a la plus grande ressemblance avec la cirrhose du poumon. Dans tous les cas soumis à mon observation, la parité était frappante. Au début, hémoptysies ou crachats purulents ; à mesure que le mal se dessine davantage, la combinaison de ces symptômes avec la dyspnée, avec la matité, la bronchophonie ou la pectoriloquie, et le gargouillement dans les bronches dilatées, lui donnent avec la tuberculisation une analogie si forte que le diagnostic devient très-embarrassant. Je suis convaincu que beaucoup de ces phthisies, qui, au dire des médecins, durent depuis nombre d'années, sans aucun changement ni en mieux ni en pis, sont des cas de cirrhose. Dans la première période, les données diagnostiques les plus certaines se tireront de l'absence des signes constitutionnels de la phthisie ; et si, par

(1) A ces trois observations, Corrigan en ajoute deux autres qui sont moins concluantes : il s'agit de deux de ses malades encore vivants, et chez lesquels il a diagnostiqué une cirrhose du poumon. Pour le premier, il se fonde sur les phénomènes suivants : Dyspnée depuis quatre ans ; depuis six mois, toux, expectoration mucoso-purulente, amaigrissement, hémoptysie ; décubitus indifférent. Côté droit de la poitrine déprimé, surtout de la clavicule au mamelon. Matité légère, respiration très-faible, râle muqueux. Résonnance de la voix. A gauche, son clair, respiration puérile. Le second malade tousse depuis un an et crache du sang depuis trois mois ; le décubitus sur le côté gauche est impossible. Dépression marquée du côté droit de la poitrine, diminution du mouvement d'expansion ; matité légère en arrière et en avant très-grande résonnance de la voix sous l'aisselle et postérieurement. Dans tout ce côté faiblesse du murmure respiratoire : choc du cœur perçu au-dessous de la mamelle droite. Côté gauche, son clair et respiration puérile dans toute l'étendue de la région précordiale. — Les conclusions du docteur Corrigan nous semblent au moins prématurées, puisque la description des signes qu'il donne peut se rapporter, indifféremment, à une ancienne pleurésie avec bronchite chronique, ou à des tubercules ou à une cirrhose du poumon. (*N. du trad.*)

(1) Le docteur Corrigan admet que dans des circonstances semblables il se fait presque toujours au début, par suite d'un travail inflammatoire lent, un dépôt de lymphe plastique dans le tissu malade. Cette lymphe emprunte de la nature et des propriétés du tissu qui l'a sécrétée. L'action morbide ne s'arrête pas là : par suite du pouvoir contractile de ce tissu malade, des changements s'opèrent, et l'on voit paraître des symptômes variables selon les fonctions, la situation, etc., de l'organe souffrant : la cicatrisation des brûlures superficielles du cou, où le tissu fibro-cellulaire est abondant, offre un des plus remarquables exemples de cette action contractile. — L'auteur du Mémoire examine ensuite cette force de retrait dans les rétrécissements du canal intestinal, de l'œsophage, de l'urèthre, des organes dans lesquels on peut la combattre par des moyens mécaniques, puis dans les valvules du cœur, dans l'aorte, etc., points où elle agit plus librement et détermine des rétrécissements organiques. Enfin, il attribue à la même force de contraction le phénomène extraordinaire de la séparation spontanée des membres du fœtus dans la matrice. (*N. du trad.*)

exemple, dans ces cas dont la marche simule celle de la tuberculisation pulmonaire, si, avec la résonnance de la voix, avec l'hémoptysie, etc., nous ne trouvons point de symptômes généraux correspondants; si le pouls n'est pas changé; s'il n'y a pas de dépérissement proportionné à l'ensemble des signes locaux, nous pouvons conclure que nous avons affaire à une cirrhose.

Il faut cependant, si l'on veut établir le diagnostic sur cette base, se rappeler une circonstance relative à la phthisie, c'est que, si avec elle coïncide une autre affection organique, l'absence de symptômes généraux de la tuberculisation pulmonaire ne devra pas nous autoriser à conclure que cette dernière maladie n'existe point. Tous les cas de phthisie que j'ai observés, sans complication, présentaient l'ensemble des phénomènes ordinaires : amaigrissement, fièvre hectique, diarrhée, sueurs nocturnes, etc. Mais quand une affection organique d'un autre organe précédait la phthisie ou se montrait dans son cours, presque toujours cet incident nouveau empêchait ou suspendait l'apparition des phénomènes de la tuberculisation pulmonaire. Je me rappelle un phthisique chez lequel la tuberculisation avec ses signes et ses symptômes était bien tranchée : amaigrissement, fièvre hectique, etc. L'apparition d'une dégénérescence organique des ganglions du mésentère fit cesser la fièvre hectique, etc., tandis que les signes locaux persistèrent. La mort suivit peu de temps après, et la tuberculisation pulmonaire était extrêmement avancée. Dans un autre cas, il y avait d'abord maladie du côté de l'abdomen; la phthisie se déclara, et les symptômes ordinaires ne se montrèrent jamais. Il n'est pas rare de voir survenir la phthisie pendant le cours d'une affection organique du foie, et dans ce cas notre remarque trouve encore son application.

Quand la cirrhose du foie a acquis son plein développement, et que les signes en sont parfaitement dessinés, il est impossible de la confondre avec la phthisie. Pour le diagnostic, nous commencerons par constater les signes physiques : ces phénomènes locaux, matité, pectoriloquie, gargouillement, absence de respiration vésiculaire, sembleraient annoncer un phthisie confirmée et à marche rapide; mais le défaut de relation entre les signes et les symptômes généraux nous indiquera la non-existence de la phthisie. Nous avons en outre pour nous guider la marche de la maladie, pour peu qu'elle ait duré longtemps. En effet, nous retrouvons ce même désaccord entre les signes apparents de la tuberculisation pulmonaire et les renseignements fournis par le malade, qui n'accuse ni des phénomènes généraux ni un dépérissement en rapport avec les signes physiques.

Une des circonstances les plus curieuses de cette cirrhose est sans contredit le développement inverse du poumon sain, espèce de compensation au retrait du poumon malade. Dans un cas, ce développement égalait le tiers de l'organe, et dans un autre la moitié. Plus la marche de la maladie est lente, plus sûre sera cette application inverse. L'intervalle de temps qui sépare la première de la dernière période est du reste très-variable; il en est de même pour les autres circonstances pathologiques où nous voyons les effets de cette action rétractile : dans les brûlures par exemple, dans les rétrécissements, dans la cirrhose du foie, elle arrive parfois au dernier degré en quelques semaines; d'autres fois le progrès est très-lent et dure des années.

J'ai peu de remarques à ajouter pour le traitement. La maladie est très-rare; bien que mes recherches datent de plus de six ans, je n'ai pas rencontré d'autres observations que celles que j'ai citées. Les spécimens pathologiques ne sont pas aussi rares, mais ils deviennent inutiles, si nous manquons du détail des symptômes qui se montrèrent pendant la vie. Il me semble (je raisonne ici d'après une expérience bornée) qu'une des principales indications du traitement est de combattre les congestions pulmonaires qui se font de temps en temps, pendant que la puissance rétractile agit sur les vaisseaux, et indirectement sur le poumon sain : elles s'annoncent par des exacerbations fébriles, des hémoptysies ou l'exaspération de la toux, qui s'accompagne de crachats visqueux. De petites saignées générales ou locales soulageront. Dans l'intervalle, l'abondance des crachats mucoso-purulents et la faiblesse dépendante d'une sécrétion semblable seront combattus avec avantage par une décoction de polygala avec addition de sulfate de quinine. Bien que le calme du pouls, la faiblesse de l'asthénie, suite d'une expectoration abondante, semblent souvent contre-indiquer les évacuations sanguines, les malades supportent très-bien une déplétion modérée. Quant à l'agent thérapeutique capable d'enrayer l'action rétractile dans la cirrhose du foie et du poumon, il est encore à trouver. Si la maladie est, à son début, de la nature des inflammations lentes (et l'analogie nous porte à adopter cette opinion), il serait peut-être rationnel de ne pas laisser le soin de la guérison à l'émétique seul, dont l'emploi est maintenant si général; et il vaudrait mieux, à la fin du traitement, administrer le mercure avec prudence. Tout ce qui favorisera l'ampliation du poumon opposé, de manière à ce que, remplissant ses fonctions, il supplée à celles du poumon correspondant, sera le plus sûr moyen de s'opposer aux effets de la maladie, et, dans cette vue, je crois qu'une vie active, l'exercice, les longues promenades, l'équitation, la gymnastique avec modération seront très-avantageux. Les femmes devront, avant tout, renoncer à l'usage du corset et des vêtements qui, en comprimant la poitrine, seraient un obstacle au développement compensateur du poumon sain.

---

*Nouveau procédé pour l'arrachement de l'ongle incarné (ongle entré dans les chairs)*; par le docteur Néret, médecin de l'Hôpital St-Charles de Nancy (*Meurthe*).

Pour arracher un ongle incarné, l'opérateur assujettit le doigt malade du pied, latéralement et en dessous, entre le pouce et l'indicateur, d'une main, de manière à laisser l'ongle à découvert; il saisit, de l'autre, une spatule par sa grosse extrémité, et la maintient fermement contre la paume de la main, avec les trois derniers doigts et le pouce, tandis que l'indicateur est étendu sur la petite extrémité qui est

restée libre, et dont la surface convexe est tournée en dessus. Alors, il pousse celle-ci vivement sous l'ongle, depuis son bord libre jusqu'un peu au delà de sa racine, en rasant le bord malade, qu'il relève et force à se détacher de cette manière des parties auxquelles il adhère. Puis, renversant l'ongle du côté opposé, il l'arrache, en le saisissant entre la spatule et le pouce, ou bien entre les mains de fortes pinces à disséquer. S'il reste quelques portions de l'ongle malade, ce qui ordinairement n'arrive pas, il est facile de les enlever ensuite avec ce dernier instrument.

C'est avec promptitude que doit être faite cette petite opération ; et elle est alors peu douloureuse, surtout si, immédiatement avant de la pratiquer, on a eu soin d'y préparer le pied malade par un bain de la durée de deux heures.

Pour obtenir une prompte guérison et empêcher la récidive de la maladie, dans le cas surtout où elle existe depuis longtemps, il est convenable d'emporter avec des ciseaux toutes les chairs fongueuses, latéralement et postérieurement, et de cautériser ensuite avec le nitrate d'argent fondu les parties saignantes. Après la chute des eschares, un bandage compressif peut être nécessaire pour faciliter le recollement des bords de la plaie.

J'ai déjà pratiqué cette opération un assez grand nombre de fois, et toujours avec un succès que plusieurs années écoulées depuis, n'ont point démenti.

---

ANNALES

# D'HYGIÈNE PUBLIQUE

ET

# DE MÉDECINE LÉGALE.

JUILLET 1838. (3e TRIMESTRE).

## MÉDECINE LÉGALE.

—

*Blessures suivies de mort faites par un épileptique, probablement dans l'accès ou immédiatement après.* Observation communiquée par M. CHAMBEYRON.

Vers le milieu de l'année 1836, D. B..., âgé de vingt-sept ans, quitte le département des Côtes-du-Nord où il est né, et vient se fixer avec sa jeune femme, et deux enfants en bas âge, dans un hameau dépendant de la commune de Pleurtuit, arrondissement de Saint-Malo. Il y exerce la profession de journalier; ses mœurs sont douces et régulières; il paraît aimer beaucoup ses enfants, qu'on le voit souvent porter dans ses bras. Au commencement de 1837, la femme de D. B... prend en nourrice un enfant de Saint-Malo. Enfin, au mois de juin de la même année, F. L....., sœur de la femme B....., se trouvant dans un grand embarras, parce que le fermier Richeux, chez qui elle s'est engagée comme domestique, ne veut point recevoir avec elle son fils naturel, J. L..., âgé de trois ans, D. B... consent à se charger de cet enfant, moyennant une modique rétribution en argent ou en denrées. Bientôt les quatre enfants sont atteints de la coqueluche, qui sévit principalement sur la fille aînée de D. B...

Le dimanche 16 juillet 1837, Marie Peré passant, vers la sortie de la messe du matin, près de la maison habitée par D. B..., l'entend parler et frapper un enfant qui, à chaque coup, jette plutôt un gémissement qu'un cri aigu. Elle ne reconnaît pas la voix de l'enfant, et poursuit son chemin sans s'arrêter.

Le vendredi 21 juillet, F. L... montre à des voisines une meurtrissure, excoriée au ventre, que son enfant porte au bas des reins.

Le dimanche 23 juillet, D. B... reste seul, dès le grand matin, dans son domicile; sa femme et sa belle-sœur sont allées à la messe à Pleurtuit, comme le dimanche précédent. A cinq heures et demie environ, il est vu sur sa porte par le nommé Julien Donet qu'il salue, et auquel il dit que *ses enfants sont bientôt morts de la coqueluche*. Il va aussitôt chez Julienne Lechapt, et lui demande *une écuellée de cidre pour le petit L... qui est fort mal*. Il portait en ce moment dans ses bras la plus jeune de ses filles, et paraissait un peu ému. La femme Lechapt l'accompagne chez lui; Julien Donet, qui vient à repasser, y entre aussi; tous deux trouvent l'enfant dans un lit où il couchait habituellement avec son oncle, et, après l'avoir examiné, ils reconnaissent qu'il est mort. D. B... n'en paraît pas convaincu et fait quelques efforts inutiles pour lui faire avaler un peu de cidre. La tête du cadavre *tombait sur les épaules*, les yeux étaient fermés, la bouche béante; son teint était celui de la mort; *l'urine s'échappait*.

Le même jour, à quatre heures de l'après-midi, D. B..... prie Françoise Desroches de venir ensevelir l'enfant; celle-ci s'y refuse, et, sur l'invitation de B..., va chercher, dans un hameau dépendant de la même commune, la nommée Marie Forestier, qui consent à se charger de l'ensevelissement, pourvu que Françoise Desroches veuille bien l'assister. Au moment de procéder à l'opération, les deux femmes demandent une chemise et un bonnet; B..... répond qu'on a changé l'enfant le matin même; et, comme on insiste pour avoir une chemise et un bonnet plus mauvais que ceux dont le cadavre est recouvert, il ajoute que *peu lui importe qu'on mette pourrir ces objets-là ou d'autres*. Il prend lui-même le corps et le dépose sur le suaire, avec les bords duquel il s'empresse de le recouvrir. Mais Françoise Desroches, qui a entendu parler de mauvais traitements infligés au petit L..., le découvre, et met en évidence plusieurs meurtrissures. B....., interpellé sur ce sujet, répond sans se troubler que le matin, étant sorti un instant pour cueillir des *badies* (cerises), il a trouvé à son retour l'enfant *roide sur la place* où il était sans doute tombé en se débattant, que cette chute doit être la cause des meurtrissures ob-

servées. Malgré cette explication, le bruit se répand que D. B... a tué son neveu.

Le lendemain, M. le juge de paix du canton de Pleurtuit descend chez D. B..., assisté de deux médecins, et apprenant de lui que le corps de J. L... vient d'être porté au cimetière, il lui ordonne de l'y accompagner; B... obéit sans faire aucune objection. On procède, en sa présence, à l'autopsie, on lui fait tenir les pieds du cadavre pendant l'opération, on l'envoie cueillir de l'herbe pour rattacher les parties séparés par le scalpel. Pendant toute cette séance, il reste froid, impassible; sa physionomie est sérieuse, mais on n'y observe aucun indice de trouble ou de douleur. Le procès-verbal des hommes de l'art est rédigé ainsi qu'il suit :

« *Habitude du corps.* Rien de particulier au cuir chevelu. Une légère contusion dans la partie moyenne de chacune des deux joues; elles semblaient être le résultat d'une compression digitale exercée sur ces parties. Ces contusions étaient du diamètre d'environ quatre lignes. La peau du cou dans l'état naturel. Légère excoriation avec contusion à la partie antérieure et inférieure du sternum, résultat d'un corps contondant. Forte contusion avec excoriation vers le ventre, sur les parties qui recouvrent les côtes asternales, contusion qui s'étendait jusqu'à la crête iliaque, et qui envahissait les muscles oblique et transverse, avec forte ecchymose. Une forte contusion, avec excoriation à sa partie moyenne, longeant les dernières vertèbres dorsales et les deux premières lombaires. Les fibres de la couche superficielle des muscles dorsaux étaient ecchymosées. Une contusion avec forte excoriation à la partie moyenne et externe de la cuisse gauche, ecchymose à la partie moyenne et interne du même côté. Une contusion avec légère excoriation sur la peau de la rotule du genou droit.

» *Ouverture du crâne.* Au cerveau rien de particulier.

» *Thorax.* Les organes renfermés dans cette cavité étaient dans l'état naturel.

» *Abdomen.* Le cœcum et le colon ascendant étaient gorgés d'un sang noir, *mais à l'extérieur seulement.* Le mésentère adhérant à ces intestins était complétement ecchymosé, incisé; il laissait échapper un sang noir. Cette lésion semble dépendre de la violence observée sur le côté droit, violence qui ne peut être que le résultat d'un corps contondant mu avec force. Les autres organes renfermés dans cette cavité étaient dans l'état sain.

» De tout ce qui précède, lesdits sieur B... et B... croient pouvoir affirmer que la mort de l'enfant n'est que le résultat de violences extérieures. »

M. le juge de paix constate que la chemise dont l'enfant était revêtu pendant les derniers instants de sa vie n'offre aucun indice pour ou contre D. B...; que la surface du lit d'où l'enfant serait tombé, suivant l'explication donnée par celui-ci, est élevée de 33 centimètres seulement au-dessus du banc qui sert de montoir; que le banc lui-même est élevé de 84 centimètres au-dessus du sol; qu'il est fixé au lit et n'a pu être renversé dans la chute; que le sol est uni, formé de terre battue, et qu'il ne se trouve aucune pierre dans un rayon de deux à trois pieds autour du banc. Il recueille de la bouche de divers témoins les faits consignés ci-dessus.

Il n'est pas fait mention que la femme de D. B... ni sa sœur, mère du défunt, aient été interrogées, au moins à titre de renseignements.

D. B... est conduit à Saint-Malo et déposé dans la maison d'arrêt de cette ville. Dès le 2 août, un certificat du médecin de la prison atteste que le détenu éprouve « chaque jour trois ou quatre attaques d'épilepsie, avec de fortes secousses nerveuses et des cris; que la nuit précédente on lui a mis une camisole de force, fixée à quatre pitons de fer, pour l'empêcher de se blesser, mais que dans une attaque il a tout brisé, tout arraché, et quatre hommes vigoureux ont eu beaucoup de peine à le contenir. » En conséquence, B... est transféré à l'hôpital général de St-Servan; il s'en évade le 31 août; il est repris, et conduit à Rennes où il comparaît devant la cour d'assises. A l'audience, il est pris d'accès si violents et si rapprochés que la cour renvoie son affaire à une autre session. Le 27 novembre, sur la demande du médecin de la prison, il est transféré à l'hôpital des aliénés, d'où il est extrait le 14 février suivant pour comparaître de nouveau devant la cour d'assises.

L'accusé est d'une taille au-dessous de la moyenne, d'un embonpoint médiocre, d'une musculature assez prononcée; ses yeux noirs, vifs, couverts et quelque peu égarés lui donnent un air dur que tempère par moments un sourire mélancolique. Ses cheveux noirs tombent en boucles sur son col qu'entoure un chapelet. Sa voix est douce et voilée; il parle quelquefois avec chaleur, jamais avec emportement.

A l'ouverture de la séance le docteur Chambeyron, médecin en chef de l'hôpital des aliénés, est appelé pour rendre compte de l'état de D... B... pendant le temps qu'il a passé dans cet établissement. « Du 28 novembre, dit-il, au 5 décembre, D... B... a eu quatorze accès d'épilepsie pendant le jour; on a lieu de présumer qu'il n'en a pas été exempt la nuit. Une de ces attaques a présenté un caractère qui ne se rencontre pas communément chez les épileptiques, c'est que avant de tomber, il a fait plusieurs fois le tour de sa chambre, poussé par des convulsions énergiques, luttant sans en avoir la conscience avec le surveillant qui s'efforçait d'empêcher qu'il ne fût lancé contre les murs, se relevant une fois ou deux, par un mouvement brusque et irrésistible, quand l'infirmier était parvenu à l'étendre à demi sur la paille qui jonchait le plancher. Ni l'élève interne, ni moi, n'avons été témoins de ce fait; mais celui de qui je le tiens est le plus intelligent de mes subordonnés, et c'est à cause de la confiance que j'ai en lui, que j'avais placé B... dans la section qu'il surveille. Des treize autres attaques, celles dont on a pu observer le début n'ont pas offert ce prélude qui se rapproche bien plus de la chorée que de l'épilepsie. Dans l'intervalle des accès, B... était triste, taciturne, inquiet; la vue des aliénés l'effrayait; il demandait souvent à être reconduit en prison, à être jugé. On ne remarquait pas d'autre indice du trouble intellectuel et moral, plus ou moins profond, plus ou moins durable qui accompagne toujours les convulsions épileptiques. A partir du 5 décembre, D... B... n'a pas eu un seul accès le jour, il est probable qu'il n'en a pas eu non plus la nuit; mais sa

raison n'a pas tardé à paraître plus troublée qu'elle ne l'était dans le court intervalle de ses crises les plus violentes. Un jour, un aliéné l'ayant frappé, il s'imagina que c'était par mon ordre; j'eus beau lui rappeler qu'il m'avait vu la veille réprimander sévèrement un infirmier pour avoir manqué de douceur et de patience, il persista, entremêla ses reproches de protestations de son innocence que ses ennemis voulaient ternir, mais qui serait bientôt reconnue, etc. Attribuant en partie ses divagations à la frayeur, je le plaçai dans une section de malades plus tranquilles. Néanmoins son égarement ne fit qu'augmenter; au bout de quelques jours il se promenait à grands pas, déclamant une espèce de défense le plus souvent inintelligible, se plaignant que plusieurs personnes étaient entrées la nuit dans sa chambre pour lui arracher des aveux, mais qu'il les avait forcées de convenir de son innocence. Le lendemain, les mêmes personnes étaient venues l'accuser, et, mécontentes de se voir confondues par ses réponses, elles l'avaient maltraité, foulé aux pieds; et il s'étonnait de ne pouvoir montrer les marques des violences qu'il disait avoir subies. Il fut ensuite une semaine entière sans vouloir parler, bien que je me fusse imposé la loi de ne jamais faire allusion au fait qui lui était imputé. Enfin, son agitation et son indocilité devinrent telles que je dus le faire repasser dans la section d'où il était sorti. Là, il se refusa de nouveau à suivre la règle imposée à tous les aliénés sans exception, je lui fis mettre la camisole de force; il résista d'abord avec énergie, mais voyant ses efforts inutiles, littéralemet il se jeta à genoux promettant une obéissance sans bornes, et sollicitant une grâce que j'accorde toujours à la première marque de soumission. Depuis lors il est plus calme; je le crois en état de soutenir les débats, de comprendre les questions qui lui seront adressées, mais il n'est pas impossible que ses réponses ne soient pas toujours telles qu'on pourrait le désirer. »

Les témoins dont on a vu les noms plus haut, répètent les dépositions qu'ils ont déjà faites devant le juge d'instruction, et dont nous avons, en commençant, donné l'analyse. L'un des médecins qui ont procédé à l'autopsie de J... L... exprime l'opinion que la contusion observée au flanc droit du cadavre aurait pu être produite par un coup de pied; les clous du soulier auraient, dans cette hypothèse, occasionné les excoriations remarquées sur cette partie. Il ajoute que la meurtrissure qui existait au bas des reins, la même sans aucun doute que F... L... avait montrée, le vendredi 21, à la femme Desroches, paraissait plus ancienne que les autres blessures mentionnées dans le rapport. Tous les témoins qui connaissent D... B... depuis son arrivée à Pleurtuit, s'accordent à dire qu'ils ignoraient qu'il fût épileptique, et qu'ils n'ont jamais observé, dans ses discours ou dans ses manières, aucune particularité qui pût faire croire qu'il était aliéné.

D... B... soutient parfaitement les débats; tout d'abord il conteste sur des circonstances insignifiantes, et reproche à la fille Desroches de lui en vouloir. Mais bientôt il se remet, et il explique comment, le dimanche, 16 juillet, il a donné à son neveu deux claques sur les fesses pour le forcer à prendre du lait de chèvre qu'on lui avait prescrit pour sa coqueluche, ce qui a motivé la déposition de Marie Peré. Il suppose, comme il l'a fait déjà devant le juge d'instruction, qu'il a eu un accès dans la nuit du jeudi au vendredi, et que c'est en se débattant qu'il a fait à l'enfant couché avec lui, la blessure au bas des reins que F... L... lui a montrée le jour même, ainsi qu'à des femmes du voisinage. Il raconte que le dimanche 23 juillet, il a dû avoir un second accès, qu'en revenant à lui il s'est trouvé hors de sa maison et qu'en y entrant il a vu gisant sur le sol le petit L... qu'il y avait sans doute jeté lui-même au début de l'attaque; il ne pouvait pas avouer tout d'abord qu'il était épileptique, car ayant deux enfants à garder, un tel aveu les lui eût fait retirer immédiatement; mais il a dû en convenir quand l'affaire a pris une tournure grave, et que les crises qu'il a éprouvées dans la prison de St-Malo ont rendu son infirmité publique. Il aimait son neveu, et il est désolé du malheur dont il est la cause innocente.

Le docteur Chambeyron, rappelé par M. le président dit que rien, dans les dépositions des témoins ni dans les allégations du prévenu, ne peut faire présumer qu'il fût aliéné à l'époque de la mort de J... L..., qu'il paraîtrait même que les accès d'épilepsie étaient rares, puisque personne n'en avait connaissance dans le village habité depuis un an par P..., à moins toutefois qu'ils n'eussent lieu que la nuit, ce qui supposerait qu'il s'est opéré depuis lors une modification dans la maladie; qu'il est impossible, en l'état, d'affirmer que, le vendredi 21 juillet et le dimanche 23, B... a eu ou n'a pas eu un accès d'épilepsie; qu'on serait néanmoins porté à résoudre la question par l'affirmative, pour la seconde de ces deux dates, en considérant l'apathie et l'impassibilité de B..., assistant à l'ouverture du cadavre de son neveu, comme le résultat immédiat d'un accès. Il ajoute qu'un temps fort court ayant dû s'écouler entre le départ de la femme B..., pour la messe, et l'heure indiquée par Julien Donet et par Julienne Lechapt, la mort de J... L... a dû également suivre de très-près les violences auxquelles on l'attribue, ce que tend d'ailleurs à prouver l'état normal de l'intestin, malgré les désordres observés sur son enveloppe; que des désordres moindres pourraient parfaitement expliquer une mort si prompte s'ils avaient eu lieu dans un des organes immédiatement indispensables à l'exercice des fonctions vitales; mais que, en rapprochant la promptitude et la gravité du résultat de la nature et du siége de la cause, il conçoit des doutes d'autant plus naturels que l'enfant L..., était atteint d'une maladie grave, et que le procès-verbal d'autopsie n'indique pas explicitement que les voies aériennes, siége de cette maladie, aient été examinées. En conséquence, il demande quelques détails avant de se prononcer.

M. le président juge que le procès-verbal d'autopsie étant acquis à la cause, il n'y a pas lieu d'en débattre les conclusions; que le témoin n'est consulté que sur la question d'aliénation mentale, et que la défense pourra d'ailleurs tirer de ces observations le parti qu'elle jugera convenable.

Le témoin fait observer qu'il est loin de vouloir atténuer la confiance due à ses honorables confrères, mais que M. le président lui ayant dit : *Faites connaître à MM. les jurés l'impression que vous ont*

*laissée les débats,* il a cru ne devoir négliger aucun des témoignages entendus en ce qui était de sa compétence.

Élargissant le terrain de l'accusation, qui ne reprochait d'abord à D. B... que des *blessures faites sans intention de donner la mort, mais l'ayant néanmoins occasionnée,* le ministère public s'attache à établir que B... a agi dans le but de débarrasser sa belle-sœur d'un enfant qui était à la fois pour elle une honte et un fardeau. Il termine par la sortie obligée contre l'*esprit de système qui domine la science,* sans prendre garde que, cette fois du moins, c'est la science qui a ouvert la voie à l'accusation, et que si plus tard elle n'a point aplani les difficultés de la cause, elle n'en a pas non plus élevé de nouvelles. (1)

Le défenseur Me Tiengon de Tréferion, jeune avocat de la plus haute espérance, démontre que B... n'avait pas intérêt de se débarrasser de l'enfant, puisqu'il recevait un salaire pour les soins qu'il lui donnait; que l'enfant n'était pas onéreux à sa mère, qui d'ailleurs n'est point en cause, puisque B... avait refusé le prix du premier mois échu. Il tire habilement parti de l'impassibilité stupide de son client, le jour et le lendemain du fait incriminé, pour conclure à l'existence d'un accès d'épilepsie, pendant lequel l'acte aurait été commis. Il produit des certificats du maire et du recteur de Trigarou, lieu de naissance de l'accusé, desquels il résulte que ce malheureux est atteint, depuis l'âge de douze ans, de la maladie que sa longue détention a si cruellement aggravée.

M. le président résume les débats avec une impartialité et une lucidité remarquables; et, après quelques minutes de délibération, le jury prononce un verdict d'acquittement. Le ministère public ne faisant aucune réserve, D. B... est mis en liberté.

Si quelque intérêt s'attache à cette cause, il naît surtout de son obscurité. Les blessures nombreuses reconnues sur le corps de J. L... ne peuvent s'expliquer par une chute. D. B... ne tarde pas à s'en convaincre, et ne peut disconvenir qu'il soit l'auteur de ces blessures, puisqu'il était seul dans la maison avec les enfants; autrement il faudrait admettre que sa belle-sœur a épié le moment où il aurait un accès d'épilepsie pour immoler l'enfant dont on a supposé qu'il lui importait de se débarrasser, supposition inadmissible et que rien ne justifie. Mais si les blessures constatées ne peuvent être attribuées qu'à D. B..., dans quelles circonstances les a-t-il faites? est-ce pendant un accès ou sous l'influence d'un accès, ou bien hors de l'accès et de son influence? Dans la première hypothèse, il faudrait que B... eût été pris de convulsions pendant qu'il était couché avec l'enfant, les écorchures attribuées aux clous du soulier (voyez plus haut) auraient dû alors être produites par les ongles des doigts ou des orteils; mais dans ce cas, comment B..., en revenant à lui, se serait-il trouvé tout habillé et hors de sa maison? Ou bien, après s'être levé et vêtu, aurait-il eu un accès semblable à celui qui a été observé à l'hôpital des aliénés de Rennes? Aurait-il, dans la première période de cet accès, jeté à terre et foulé aux pieds le malheureux enfant, et serait-il ensuite allé tomber dans sa cour? Ou enfin aurait-il eu deux accès consécutifs, l'un dans son lit, l'autre à la porte de son domicile, dans l'intervalle desquels il aurait recouvré ses sens tout juste assez pour prendre ses vêtements? Quelle que soit celle de ces suppositions à laquelle on s'arrête, elle n'en reste pas moins une pure supposition.

Dans la seconde hypothèse, B... aurait agi dans la période de trouble intellectuel et moral qui accompagne les attaques d'épilepsie. Mais dans les intervalles des quatorze accès constatés à l'hôpital des aliénés de Rennes, on l'a vu triste, inquiet, sombre même, jamais féroce ni stupide. Au reste, il ne faut pas oublier que le trouble qui suit l'accès est loin de se prononcer constamment en raison directe de l'intensité de celui-ci, et de présenter toujours un caractère uniforme. Je pourrais citer plus d'un exemple de cette double singularité, si je ne craignais de trop allonger cet article.

Enfin peut-on présumer que, hors de l'accès et de son influence, B... ait exercé contre son neveu une brutalité inconcevable, soit qu'il en calculât les suites, soit qu'il ne les calculât pas? Aurait-il même prévu le parti qu'il pourrait tirer de sa maladie pour sa justification, si elle devenait nécessaire? Mais il n'avoue son infirmité que quand il ne peut plus la tenir secrète; plutôt que d'en convenir, il aggrave les soupçons qui pèsent sur lui en attribuant les meurtrissures dont le corps de J. L... est couvert, à des causes dont il est difficile qu'il ne sente pas l'insuffisance. D'ailleurs, une telle conduite serait en opposition formelle avec tout ce qu'on sait de son caractère et de ses mœurs. L'accusation a dit : *B... aimait beaucoup ses enfants, donc il devait haïr un enfant étranger.* Peut-être oui, si un motif quelconque de rivalité eût existé entre les filles de B... et le fils de sa belle-sœur; mais dans l'impossibilité où l'on est d'alléguer aucun motif de ce genre, n'est-il pas plus logique de s'en tenir à la règle commune qui est que le plus souvent les personnes qui aiment beaucoup leurs enfants, aiment aussi les enfants en général? Je dois dire néanmoins que j'ai été frappé d'une circonstance dans laquelle le défenseur de B... a cherché la cause de l'accès d'épilepsie qu'il suppose avoir eu lieu le matin du dimanche 23 juillet. La veille, le médecin qui traitait les quatre enfants de la coqueluche, avait annoncé à D. B... que sa fille aînée était vouée à la mort. Quelle association d'idées une semblable nouvelle a-t-elle pu amener dans la tête à demi égarée d'un épileptique? je n'oserais le dire. Le cœur humain a des replis bien cachés que la raison comprime et désavoue, mais que la folie déploie et révèle au grand jour.

---

(1) L'esprit de système est sans doute apparu à M. le substitut du procureur général quand ses oreilles ont été frappées des faits qui établissent que B... a été pris d'un accès de folie pendant son séjour à l'hôpital des aliénés. Mais, il faut bien le répéter puisque toujours on l'oublie, la folie survenant après l'acte ne constitue, tout au plus, qu'une simple présomption sur l'état mental de l'auteur au temps de l'acte. La présomption serait plus forte dans le cas de manie périodique, encore faudrait-il en démontrer l'existence par des preuves directes.

*De l'action vénéneuse de la rue, et de son influence sur la grossesse;* par M. Th. Hélie, professeur adjoint à l'école secondaire de médecine de Nantes.

Il est un point de pathologie et de médecine légale sur lequel on chercherait vainement des faits détaillés ou des notions précises dans les auteurs, et qui mérite cependant de fixer l'attention des médecins : je veux parler de l'avortement criminel provoqué à l'aide de substances ingérées dans l'estomac. Peut-être les faits de ce genre, que l'on met toujours un soin extrême à dissimuler, parviennent-ils rarement à la connaissance des médecins; peut-être aussi quelques auteurs ont-ils, par prudence, gardé le silence sur ce sujet. Ils ont pu craindre que des exemples de réussite dans ces tentatives immorales, que l'indication des moyens qui ont atteint ce but, ne fournissent des encouragements et des ressources pour commettre de nouveaux crimes. M. Marc, convaincu de ce danger, a dit, en parlant des ouvrages de médecine qui peuvent tomber entre les mains du public : « Toute discussion indiscrète sur l'avortement et sur les procédés propres à l'effectuer, doit, en général, être considérée comme nuisible à la sûreté sociale.» Tels sont aussi les motifs qui m'empêchèrent de consentir à la publication des faits contenus dans ce mémoire, lorsque je les communiquai l'année dernière à la section de médecine de la Société académique de Nantes. Il ne faut pas cependant qu'un sentiment de prudence, exagéré peut-être, conduise à laisser inutiles des faits qui peuvent servir à réfuter des erreurs accréditées, provoquer des recherches ultérieures plus précises, et fournir quelques lumières pour la poursuite de nouveaux crimes. Il est facile, d'ailleurs, de se convaincre que la connaissance malheureusement très-répandue des moyens abortifs dont je veux parler, s'est transmise traditionnellement et n'est pas tirée des ouvrages de médecine.

Si la tentative d'avortement est si commune dans une certaine classe de femmes, on doit reconnaître, au nombre des causes qui concourent à multiplier ce crime, l'opinion répandue parmi elles que les moyens abortifs, doués d'une efficacité certaine, jouissent d'une complète innocuité. Ce n'est pas dans les ouvrages de médecine qu'est exprimée cette opinion fausse et pernicieuse.

Les moyens nombreux capables de provoquer l'avortement ne sont pas également usités dans tous les pays, chaque contrée semble avoir ses usages. A Paris, la ponction des membranes est le procédé le plus ordinaire. Des sages-femmes et même des hommes appartenant à l'art médical, en font un métier; et il se passe peu d'années sans que l'on cite quelque mort causée par cette manœuvre pratiquée par des mains aussi téméraires que coupables. J'en ai vu un déplorable exemple. Une femme vint mourir à l'Hôtel-Dieu de Paris, d'une métro-péritonite, peu de jours après un avortement provoqué de cette manière. L'autopsie fit reconnaître que l'instrument en forme de trois-quarts avait traversé de part en part l'utérus, et pénétré jusque dans la cavité péritonéale. Ici les moyens qui agissent immédiatement sur l'utérus sont plus rarement employés, quoiqu'ils le soient aussi, et quelquefois même avec une certaine habileté. On se sert en général, dans nos contrées, des substances connues sous le nom d'abortives. De vieilles femmes, dont le nom se communique avec mystère, sont en possession de prétendus secrets pour procurer l'avortement. Elles donnent leurs recettes, soit pour une modique rétribution, soit par pure obligeance. Leur ignorance peut ajouter d'autres malheurs à ceux qui résultent du crime même. L'une d'elles avait conseillé à une jeune fille de boire, pour se faire avorter, deux cuillerées à bouche d'huile de vitriol; et si celle-ci ne les prit pas, ce fut parce que la couleur noirâtre de l'acide altéré lui inspira trop de répugnance. C'est ordinairement de la rue et de la sabine que se servent ces femmes : elles les font prendre à l'intérieur à doses très-fortes et plus ou moins répétées. Il en résulte un véritable empoisonnement dont les accidents sont souvent graves, quelquefois terribles; dans un certain nombre de cas, l'avortement a lieu.

Je ne m'occuperai que de la rue, la seule de ces deux plantes dont j'ai eu occasion de voir les effets, et à laquelle tout porte à reconnaître beaucoup plus d'influence qu'à la sabine sur les contractions de l'utérus.

La rue a été bien diversement jugée par les anciens et par les modernes, et aujourd'hui les opinions des médecins varient beaucoup à son égard. Tandis que les uns, avec les médecins de l'antiquité, lui accordent une influence spéciale sur l'utérus, et croient qu'au milieu d'accidents plus ou moins violents elle peut, dans certains cas fort rares, provoquer l'avortement; d'autres, et c'est l'opinion qui prédomine, voient en elle un poison de la classe des narcotico-âcres, qui peut produire une inflammation grave dans le canal digestif et divers troubles du système nerveux, et pensent que si l'avortement a eu lieu quelquefois par l'usage de cette plante, il a été la conséquence des phlegmasies qu'elle avait déterminées, comme il pourrait être la conséquence de phlegmasies semblables produites par toute autre cause; et suivant eux les tentatives d'avortement, au moyen de la rue, échouent presque toujours. D'autres médecins enfin, observateurs plus superficiels, ne considèrent la rue que comme une substance stimulante, mais peu énergique, susceptible peut-être, dans certains cas, de provoquer les règles, mais incapable de produire une surexcitation violente de l'utérus; ils lui refusent tout à fait la propriété abortive.

J'examinerai le mode d'action de la rue, mode peu connu, peu étudié : je discuterai les opinions différentes et contradictoires émises sur son influence; je tâcherai d'établir quelques conclusions qui pourront trouver leur application dans la médecine légale. Mais je dois commencer par exposer des faits qui feront la base de ce mémoire. Je ne donnerai le premier qu'à titre de renseignements; le second présentera plus d'importance; un troisième fait sera exposé en peu de mots.

*Première observation.* — Une jeune fille, d'une taille fort petite, mais d'une constitution robuste, qui, à l'âge de seize ans, avait eu un accouchement très-laborieux dans lequel elle faillit succomber, devenue grosse quelques années après, résolut d'é-

viter, par un avortement, les dangers qu'elle avait courus la première fois. Elle vint me consulter pour s'assurer de la réalité de sa grossesse, et me demander les moyens de déterminer l'avortement. Elle me parut être grosse de trois à quatre mois. J'essayai vainement de la détourner de son projet. « Puisque vous ne voulez pas me rendre ce service, » me dit-elle, « je m'adresserai à d'autres, et lorsque j'aurai réussi je viendrai vous le dire. » Elle revint, en effet, quinze jours après; elle n'était plus grosse. Voici ce qu'elle me raconta, et j'ai tout lieu de croire à la vérité de son récit: elle était du nombre des personnes qui ne dissimulent rien. D'après le conseil d'une femme, elle prit trois racines fraîches de rue, de la grosseur du doigt, les coupa par tranches et les fit bouillir dans une livre et demie d'eau qui se réduisit à trois tasses, qu'elle but le soir en une seule fois. Aussitôt après, elle éprouva une douleur horrible à l'estomac, et bientôt un trouble général si profond qu'elle crut qu'elle allait mourir. Elle ne voyait qu'à travers un nuage; elle chancelait, ses jambes fléchissaient; elle se sentait étourdie et comme dans un état d'ivresse. Un peu plus tard, à ces symptômes se joignirent des efforts violents et continuels de vomissements; elle ne vomit qu'un peu de sang. Cet état dura toute la nuit. Le lendemain les accidents allèrent en diminuant, et en même temps elle commença à ressentir des coliques, légères d'abord, puis plus fortes, séparées par de longs intervalles. Elle les reconnut pour les douleurs de l'accouchement. Vers le soir du second jour, elles devinrent violentes et rapprochées, une petite perte survint, puis de gros caillots de sang, et l'avortement se fit facilement, en peu d'instants, quarante-huit heures après l'ingestion de la décoction de rue.

La jeune fille, malgré la fatigue, les souffrances et les vertiges qu'elle éprouvait, ne garda point le lit. Les symptômes déterminés par la rue se dissipèrent en peu de jours, et lorsqu'elle revint chez moi, elle était bien rétablie.

*Deuxième observation.*— Je fus appelé le 5 décembre 1835, chez un fermier à peu de distance de Nantes, pour donner des soins à une jeune fille de vingt-cinq ans, domestique en ville, qui était chez lui depuis cinq jours, pour se rétablir d'une maladie qu'elle venait, disait-elle, d'éprouver. Voici les renseignements que je recueillis. Les premiers jours qu'elle passa à la ferme, elle fut assez bien, elle sortait, elle mangeait avec beaucoup d'appétit. Le troisième jour, elle fut prise tout à coup de vomissements continuels, pénibles et douloureux: la fièvre et une soif vive s'y joignirent. Elle but une grande quantité de cidre de cormes et d'eau vineuse, qu'elle vomissait aussitôt après leur ingestion. Les vomissements duraient depuis deux jours, accompagnés d'une grande faiblesse, de mouvements de torsion des membres et du tronc, de mouvements de rotation de la tête, de délire, ou plutôt de rêvasseries, lorsqu'on me fit appeler.

Je trouvai cette jeune fille dans un état de somnolence dont on la retirait aisément, elle répondait bien, mais avec lenteur et quelque peine; elle semblait faire un effort pour parler, et ne prononçait que quelques paroles. Les yeux étaient injectés, la figure un peu colorée, sans expression; on eût dit une personne ivre. Elle ne voyait, disait-elle, qu'à travers un nuage; la pupille était contractée. Il existait un mouvement fébrile modéré avec un pouls large et mou, et peu de chaleur à la peau. L'urine était supprimée depuis le début des vomissements, il n'y avait pas d'évacuations alvines. La langue était à peine un peu rouge aux bords, l'épigastre légèrement douloureux. En palpant le ventre pour m'assurer si cette douleur s'augmentait par la pression, je m'aperçus qu'il était très-développé; je reconnus une grossesse d'environ sept mois. Marie... (c'était le nom de la jeune fille) ne voulut jamais m'avouer qu'elle était grosse.

Cette obstination à nier sa grossesse me donna quelques soupçons sur la cause de ces vomissements opiniâtres venus subitement, et des symptômes insolites qui les accompagnaient. Je pensai qu'ils étaient produits par quelque substance prise dans l'intention de provoquer l'avortement; le souvenir du fait précédent me fit naturellement songer à la rue. Toutefois mes questions, mes recherches furent, pour le moment, infructueuses.

Rien n'annonçait un commencement de travail, le ventre était assez souple; il n'y avait point de perte. D'un autre côté, l'embonpoint général, le coloris du visage, éloignaient la supposition d'une maladie récente sur laquelle tous les rapports étaient d'ailleurs évidemment mensongers.

Je me bornai à défendre les boissons nuisibles dont la malade faisait usage depuis deux jours, et à prescrire une décoction d'orge, la diète, etc.

Les vomissements se calmèrent bientôt; tous les autres symptômes persistèrent. Dans la matinée du 6, elle parut souffrir davantage; elle jetait des plaintes et même des cris aigus. Je la vis à onze heures.

Le faciès, l'état général, tous les symptômes étaient les mêmes que la veille; mais il y avait une rémission sensible; les vomissements n'avaient pas reparu. En soulevant les couvertures, je fus frappé de l'odeur caractéristique de l'accouchement. Entre les cuisses étaient deux enfants, tenant encore au placenta également sorti. Ils paraissaient être au terme de six mois et demi à sept mois; l'un d'eux était beaucoup plus gros que l'autre. Ils étaient morts, et rien n'annonçait qu'ils eussent vécu après leur naissance. Ils n'offraient aucune trace de violence extérieure. L'état de la peau, la fermeté des chairs indiquaient une mort très-récente.

Une assez grande quantité de sang et d'eau était répandue dans le lit; la matrice était bien contractée. Les douleurs, me dit la jeune fille, avaient commencé la veille, et l'accouchement s'était fait rapidement, il y avait une heure, et quoiqu'il eût été fort douloureux un moment, plusieurs personnes présentes dans la chambre n'en avaient conçu aucun soupçon.

La journée et celle du lendemain, 7, offrirent peu de changements dans les symptômes. Marie conservait cet état de somnolence et de stupeur, des rêvasseries, des mouvements de torsion des membres. Elle parlait à peine; souvent elle ne répondait pas, peut-être, il est vrai, quelquefois par un sentiment de honte. Elle jetait des plaintes fréquentes. Les urines et les selles s'étaient rétablies; les lochies coulaient. On lui fit prendre des rôties au vin rouge suivant l'usage des campagnes.

Le 8, au soir, les seins se tuméfièrent beaucoup : c'était le *comble de lait*. Il survint de la fièvre, du délire, des mouvements convulsifs des membres, ou plutôt des mouvements semblables à ceux des jours précédents, mais violents et continuels.

Jusque-là Marie n'avait pas été fort mal, je n'avais pu la voir depuis son accouchement ; mais à la suite de cette exacerbation, elle tomba dans un affaissement extrême : les vomissements reparurent, formés de bile verte, des aliments et des boissons qui étaient rejetés aussitôt après leur ingestion.

Le 9, les mêmes symptômes continuèrent ; elle refusa toute nourriture ; le soir, le *comble de lait* cessa.

Je ne la vis que le 10 au matin ; je ne pus avoir, sur les trois jours précédents, que des renseignements incomplets. Je la trouvai dans un état de faiblesse extrême, de prostration, conservant la somnolence, un air de stupeur, l'expression de l'ivresse. Elle jetait des plaintes très-fréquentes, elle ne pouvait parler, à peine articulait-elle quelques monosyllabes. L'intelligence était obtuse, on s'apercevait qu'elle avait souvent des rêvasseries, quelquefois un *subdelirium* léger. La langue était énormément tuméfiée depuis deux jours, rouge, mais couverte d'un enduit épais, blanchâtre, et portait sur ses bords l'empreinte des dents ; il y avait une salivation abondante. La pupille était toujours resserrée, les yeux ternes, la vision confuse. Le pouls faible, mou, très-petit, d'une lenteur extrême, mais régulier, ne donnait que trente pulsations par minute ; la chaleur de la peau était au-dessous de l'état normal ; les bras agités de mouvements fréquents de torsion, la tête roulant à droite et à gauche ; l'épigastre douloureux à la pression, le reste du ventre souple, indolore ; la matrice revenue sur elle-même. Les vomissements bilieux étaient continuels. La malade refusait toute nourriture, toute boisson ; elle avait sensiblement maigri ; les lochies étaient supprimées.

Étonné de tant de symptômes insolites, et surtout de l'expression du visage, de la lenteur du pouls, du refroidissement de la peau, de la tuméfaction de la langue, des vomissements continuels, sans qu'il y eût péritonite, je me confirmai dans l'idée que j'avais conçue dès le commencement, que l'avortement avait été provoqué par quelque substance narcotico-âcre, qu'il y avait un véritable empoisonnement. Mes questions furent longtemps inutiles, Marie ne voulut rien avouer. Enfin, j'appris que peu de jours avant d'aller à la campagne, elle s'était fait apporter deux fois, par l'un des jeunes enfants du fermier, des feuilles d'une touffe de rue qui croissait dans le jardin ; puis qu'elle avait vivement insisté pour venir habiter à la ferme, et ce fut trois jours après son arrivée que les accidents commencèrent par des vomissements opiniâtres. Je pensai que n'ayant pas obtenu l'effet qu'elle attendait de la petite quantité de rue qu'elle avait fait venir, et qu'elle avait employée en partie en applications extérieures, car on en trouva sur elle à son arrivée, elle avait voulu se rapprocher de la plante, dans l'espérance de réussir à l'aide d'une plus grande quantité de cette substance, et de dissimuler plus facilement son avortement à la campagne, où elle restait seule à la maison une partie de la journée. J'acquis plus tard la certitude qu'elle avait pris une décoction de feuilles de rue, mais je ne pus savoir exactement ni à quelle dose ni pendant combien de jours elle en avait fait usage.

Je prescrivis *deux larges vésicatoires* aux cuisses, des *cataplasmes* à l'épigastre, l'*eau d'orge* pour boisson ; je permis, à cause de l'extrême faiblesse, quelques cuillerées d'une *bouillie légère :* les premières furent vomies, le soir elle put en garder. Elle refusait presque toujours obstinément de boire, quoiqu'elle avalât avec facilité, malgré la tuméfaction de la langue.

Les deux jours suivants, le 11 et le 12, l'état de la malade offrit peu de changements. Cependant, les vomissements devinrent plus rares, elle rejetait plutôt de la bile que les aliments et les boissons. Quelquefois, surtout vers le soir, le pouls s'élargissait, s'élevait à cinquante pulsations ; en même temps, la peau s'échauffait un peu ; c'était un mouvement fébrile. Mais bientôt la chaleur de la peau s'abaissait, et le pouls retombait, petit et faible, à trente ou quarante pulsations. La tuméfaction de la langue et la salivation diminuaient. Il n'y avait point d'évacuations alvines ; l'urine était rendue involontairement, mais en très-petite quantité. Tout le corps exhalait cette odeur fétide que l'on a désignée sous le nom d'odeur de souris. Le visage s'altérait de plus en plus ; les yeux étaient ternes ; l'amaigrissement et la faiblesse faisaient des progrès rapides. L'état de la malade était si grave qu'elle me semblait devoir succomber prochainement. *Deux vésicatoires* furent placés aux jambes ; l'*eau sucrée froide* donnée pour boisson.

Le 13, un changement notable se manifesta ; les symptômes de l'empoisonnement s'effaçaient peu à peu, et se fondaient dans la forme d'une fièvre typhoïde, sans que la maladie perdît de sa gravité. L'assoupissement était moindre, mais la prostration extrême ; le tronc restait immobile, les mouvements de rotation de la tête avaient cessé ; les bras s'agitaient encore presque continuellement. Il y avait moins de plaintes, l'œil était terne, presque éteint, mais la vision plus nette. Le visage, naturellement très-blanc, prenait une teinte jaune brunâtre ; les traits étaient grippés, et cessaient de présenter l'image de l'ivresse. Il y avait encore quelquefois des rêvasseries. Le pouls, toujours petit et faible, ne donnait que quarante-cinq pulsations, et la chaleur cutanée restait habituellement au-dessous du degré normal. Le soir, survenait un léger mouvement fébrile. La langue, presque revenue à son volume naturel, était molle et humide ; la soif commençait à se faire sentir ; les vomissements toujours bilieux devenaient rares. L'épigastre était douloureux, le ventre légèrement ballonné ; l'hypogastre était tendu, ce qui me parut dépendre du volume de la vessie remplie d'urine qui ne coulait que par regorgement. La sonde fit sortir plus de deux livres d'urine très-claire. Après cette évacuation, l'hypogastre devint souple et la malade se sentit soulagée. *Même traitement ; lait, quelques cuillerées de bouillie légère.*

Les jours suivants, une amélioration notable survint. Tous les symptômes diminuèrent peu à peu ; la langue, revint à son volume naturel, la salivation s'arrêta ; les mouvements de torsion des membres cessèrent ; l'intelligence parut moins obtuse. La malade commençait à pouvoir parler un peu ; elle n'avait

plus de rêvasseries, elle ne jetait plus de plaintes. Le pouls conservait le même état de faiblesse et de lenteur, mais la peau ne se refroidissait plus; chaque soir survenait un mouvement fébrile. Il n'y avait de vomissements qu'à l'invasion de ce paroxysme. L'urine continuait d'être rendue involontairement, mais ne s'accumulait plus dans la vessie. Les lochies s'étaient rétablies. *Lait* pour toute nourriture; *eau de gomme lactée;* la malade s'était dégoûtée des boissons froides.

L'amélioration se prononça peu à peu davantage. L'état typhoïde qui avait succédé aux phénomènes de l'empoisonnement se dissipa en quelques jours; la teinte brunâtre de la peau disparut, les vomissements cessèrent tout à fait, les mouvements fébriles du soir ne revinrent plus. Le ventre était souple, indolore; la constipation, opiniâtre pendant quelques jours, céda à *deux onces de manne*. L'écoulement de l'urine cessa d'être involontaire. Le visage reprit son expression naturelle, et l'intelligence toute son étendue. La lenteur du pouls fut un des symptômes qui persistèrent le plus longtemps.

Le rétablissement fut beaucoup plus rapide qu'on n'eût osé l'espérer d'après la gravité et la durée des accidents. Le 30 décembre, Marie revint en voiture chez ses maîtres, et peu de jours après, elle put reprendre son travail, malgré la rigueur de la saison. Elle n'éprouva point de rechute, et sa constitution assez forte ne conserva aucune trace de cette maladie.

J'ai beaucoup insisté sur les détails de cette observation, parce qu'elle m'a semblé présenter d'une manière saillante le tableau des accidents causés par l'action de la rue. En résumant les principaux symptômes qu'offrit la jeune fille qui en fait le sujet, nous trouvons :

1° Une vive phlogose de l'estomac et du duodénum, caractérisée par les vomissements violents et opiniâtres, la soif, la douleur épigastrique, etc.; tandis qu'il y eut peu d'irritation dans l'intestin grêle, et que le gros intestin parut en être exempt.

2° Une stimulation exercée sur l'utérus, suivie de la contraction énergique de ses fibres, qui produisit l'avortement; remarquons qu'ils ne survint pas de phlegmasie de cet organe.

3° Une affection profonde des centres nerveux, mélange de narcotisme et d'excitation, se manifestant par les phénomènes suivants : somnolence, vertiges, état semblable à l'ivresse, rêvasseries, intelligence obtuse, difficulté de la parole, trouble de la vue, contraction de la pupille, mouvements continuels de la tête et des bras, contrastant avec l'immobilité presque complète du tronc.

4° La dépression de l'action du cœur caractérisée par le ralentissement extraordinaire et la petitesse du pouls, l'abaissement de la chaleur de la peau au-dessous de l'état normal.

5° Parmi les symptômes d'une moindre importance, simples épiphénomènes, la tuméfaction énorme de la langue, véritable phlegmasie de cet organe, accompagnée d'une abondante salivation, et survenue seulement au bout de quelques jours.

6° Enfin, vers le dixième jour, nous voyons une sorte de réaction se manifester par un mouvement fébrile faible et incertain qui s'établit avec peine, et les symptômes de l'empoisonnement céder peu à peu, et se transformer en ceux d'une affection typhoïde, qui se dissipa en peu de jours. Cette forme typhoïde, que la gastro-entérite, masquée quelque temps par le narcotisme, contribua sans doute à donner la réaction qui se voit quelquefois à la suite d'autres empoisonnements par des substances narcotico-âcres. Elle se montre souvent pendant la période de réaction, dans le choléra, qui présente plusieurs traits de ressemblance avec les symptômes de l'empoisonnement que je viens de décrire.

Quant à l'ordre dans lequel ces symptômes se sont développés, nous voyons l'irritation de l'estomac suivre immédiatement l'ingestion du poison, qui fut sans doute répétée plusieurs fois. A cette phlegmasie se rattache la fièvre observée dans les premiers jours. Puis l'affection des centres nerveux se manifesta, et bientôt commencèrent les contractions de l'utérus. L'accouchement sembla suspendre les accidents qui revinrent peu après à leur degré antérieur. A l'époque de la fièvre de lait, aggravation rapide de l'affection des centres nerveux et des organes circulatoires, qui mit la vie dans le plus grand danger; quelques jours plus tard, conversion des symptômes de l'empoisonnement en ceux d'une affection typhoïde.

Remarquons, en passant, comme un fait physiologique digne d'attention, et observé d'ailleurs dans une foule de circonstances, que le travail de l'accouchement modéra les accidents, qui reprirent toute leur intensité peu après qu'il fut terminé.

Au reste, ces oscillations que je viens de noter dans les symptômes, ces rémissions suivies de recrudescences plus graves que les premiers accidents, s'observent fréquemment dans les empoisonnements par les narcotiques et les narcotico-âcres, et même dans ceux qui sont produits par les irritants et les caustiques, tant les lésions déterminées par les causes le plus éminemment physiques ou chimiques tendent à conserver les caractères propres aux phénomènes vitaux.

Les accidents éprouvés par la jeune fille qui fait le sujet de la première observation, furent analogues à ceux que je viens d'analyser, mais beaucoup moins intenses. Je n'insiste pas sur ce fait, où je n'ai pu constater que l'action abortive de la rue, et dont les détails ne m'ont été connus que par le récit de la jeune fille elle-même.

*Troisième observation.* — Je dois à l'obligeance de M. le docteur Dufeillay le fait suivant qu'il a observé, il y a quelques années. Je regrette de ne pouvoir en donner qu'un exposé succinct.

Une jeune fille, grosse de quatre à cinq mois, voulant se procurer un avortement, prit pendant plusieurs jours une forte dose de suc exprimé de feuilles de rue fraîches. Elle éprouva, m'a dit M. Dufeillay, des accidents tout à fait semblables à ceux que j'ai décrits dans la seconde observation; son état fut fort grave. On observait, entre autres symptômes remarquables, lorsque les accidents furent arrivés au plus haut degré d'intensité, la prostration, un état de somnolence, une débilité générale excessive, des lipothymies fréquentes, une petitesse extrême du pouls, devenu faible et très-lent, un refroidissement extraordinaire de la peau, des mouvements continuels, non convulsifs,

des membres, et surtout des bras. Il survint, comme dans le cas que j'ai cité, une vive inflammation de la langue, une tuméfaction considérable de cet organe, et une salivation abondante.

On vit l'avortement se préparer peu à peu pendant quelques jours. Le fœtus ne fut expulsé que vers le sixième jour, à dater du développement des accidents de l'empoisonnement. Après que l'avortement fut opéré, tous les symptômes commencèrent à diminuer d'intensité; il ne survint point d'inflammation de l'utérus.

Les accidents de l'empoisonnement durèrent au moins une douzaine de jours; ils se calmèrent peu à peu; la jeune fille se rétablit lentement.

Quelque incomplète que soit cette observation, elle vient appuyer toutes les conclusions que je pourrai déduire de la précédente. La ressemblance des accidents est parfaite, leur marche est presque la même.

Les auteurs des traités modernes de matière médicale ou de médecine légale n'ont pas tous accordé la même importance à la rue. Quelques-uns n'ont parlé de cette plante que pour rejeter, comme une fable, l'influence que les anciens lui attribuaient sur la grossesse. D'autres ne se bornent pas à lui refuser une action abortive; ils semblent aussi révoquer en doute ses propriétés vénéneuses.

L'opinion la plus générale, comme je l'ai dit, est que la rue, prise à haute dose, devient vénéneuse; qu'elle agit primitivement sur l'estomac comme un irritant énergique, en produisant une inflammation plus ou moins intense de sa membrane muqueuse, et que secondairement elle détermine quelquefois dans le tissu de l'utérus une congestion sanguine, suivie dans certains cas fort rares, pour lesquels on exige une prédisposition spéciale, de la contraction de ses fibres et de l'expulsion du fœtus.

La plupart ne voient, dans l'influence que reçoit l'utérus, que la répétition sympathique de l'inflammation de l'estomac, et pensent qu'il n'y a dans cette influence rien de particulier à la rue; que l'utérus, dans l'état de grossesse, pourrait recevoir la même influence d'une inflammation violente de l'estomac, produite par toute autre cause.

L'opinion commune établit que l'inflammation du canal digestif et celle de l'utérus peuvent être portées au point de causer rapidement la mort, ou de laisser des affections chroniques graves et souvent incurables qui conduisent lentement au tombeau.

Si quelques auteurs ont mentionné des accidents nerveux produits par la rue, nul n'a signalé avec précision le mode d'action qu'elle exerce sur l'encéphale et sur les organes de la circulation, et la part que leur lésion peut avoir dans la gravité de l'empoisonnement. Ce n'est que vaguement que cette plante est rangée parmi les poisons narcotico-âcres, ou participant à la fois de l'action des irritants et de celle des narcotiques.

M. le professeur Orfila rapporte, dans sa *Toxicologie*, (t. II), les résultats de cinq expériences faites sur des chiens avec diverses préparations de rue. Je citerai deux de ces expériences.

« *Expérience première.* — On a introduit, dans l'estomac d'un jeune chien de moyenne taille, six onces de suc obtenu en triturant deux livres de feuilles de rue fraîches avec une once d'eau : on a lié l'œsophage. L'animal a eu une selle dans la journée; le lendemain, il n'éprouvait aucun symptôme remarquable. Il est mort dans la nuit. La membrane muqueuse de l'estomac était légèrement enflammée; les autres portions du canal digestif étaient saines; les poumons n'offraient aucune altération.

On peut sans doute attribuer la mort de l'animal à l'action de la rue; mais cette expérience ne nous fait rien connaître sur le mode d'action de cette plante, qu'elle nous montre seulement un peu irritant.

Dans les expériences deuxième, troisième et cinquième, l'eau distillée obtenue de la rue, soit sèche, soit à l'état de plante fraîche et l'extrait de rue, introduits à doses élevées dans l'estomac de plusieurs chiens, n'ont paru exercer aucune influence sur ces animaux, qui sont morts le quatrième, cinquième et sixième jour, des suites de la ligature de l'œsophage, nécessaire pour empêcher le rejet du poison par le vomissement. Pour expliquer cette innocuité complète de la rue, il faut tenir compte de la préparation employée dans ces expériences; l'extrait et l'eau distillée de rue ont toujours été considérés comme très-peu actifs.

Des symptômes, qui décèlent l'action de la rue, ne sont signalés que dans la quatrième expérience. «On a injecté, dans la veine jugulaire d'un petit chien maigre, douze gros d'eau distillée de rue préparée avec la plante fraîche. Le lendemain matin, l'animal n'avait présenté aucun symptôme remarquable. Alors on a injecté, dans la veine jugulaire de l'autre côté, 3 gros du même liquide, mêlés avec dix-huit grains d'huile essentielle provenant de la distillation au bain-marie, d'environ huit livres de plante fraîche. Deux minutes après l'injection, *l'animal a vomi des matières jaunâtres et a éprouvé des vertiges; il chancelait comme les individus ivres de vin. Au bout de vingt minutes, ses extrémités postérieures paraissaient un peu faibles.* Six heures après, tous les symptômes étaient diminués, et le lendemain soir l'animal était parfaitement rétabli. »

M. Orfila conclut de ses expériences, 1° « que la rue exerce une irritation locale, capable de déterminer une inflammation plus ou moins vive, qui en général a paru peu intense.

2° Que son huile essentielle, introduite dans les veines, agit comme les narcotiques, et qu'il est probable qu'elle exerce le même mode d'action, lorsqu'on l'introduit dans l'estomac, mais qu'elle est peu énergique.

M. Orfila n'a pas regardé ces résultats comme assez positifs ou assez importants pour les consigner dans son traité de médecine légale. Cependant l'une de ces expériences confirme ce que l'observation fait connaître sur l'action narcotique de la rue. Je ne connais point d'expériences dirigées dans le but de constater la puissance abortive de la rue, ou de toute autre substance analogue, en faisant prendre ces substances à des femelles d'animaux en état de gestation. Au reste, il serait possible que ces expériences ne fournissent que fort peu de lumières. Leur résultat, probablement négatif, ne pourrait s'appliquer à l'action de ces substances, chez la femme.

L'avortement est beaucoup plus difficile chez les animaux que dans l'espèce humaine, c'est un fait

incontestable : on voit chaque jour chez les femelles d'animaux la gestation résister à des accidents, à des causes perturbatrices qui amèneraient presque inévitablement l'issue prématurée de la grossesse chez les femmes les plus robustes. Quelle comparaison établir, en effet, entre la sensibilité faible et bornée des espèces animales même les plus rapprochées de nous, et l'organisation si impressionnable, la sensibilité si vive de la femme! Il n'en est pas de l'action abortive de la rue comme de l'action d'une substance irritante ou caustique sur les parties avec lesquelles elle est mise en contact, et qui est à peu près identique sur l'homme et les animaux des classes supérieures, et quelle que soit la partie vivante qui l'éprouve. L'action de la rue sur l'utérus, bien que résultant de l'absorption des principes actifs de cette plante, est évidemment en rapport avec le degré de la sensibilité générale et de celle de l'organe sur lequel elle s'exerce, et doit varier comme le mode et le degré de la sensibilité.

Aussi, de ce que l'avortement ne serait pas déterminé chez des femelles d'animaux par l'ingestion de la rue, il ne faudrait pas conclure qu'il ne peut pas être produit par la même plante chez des femmes, sans qu'il existe chez elles une prédisposition spéciale à la sortie prématurée de l'enfant.

Nous devons chercher maintenant à déterminer d'après les faits rapportés plus haut, et ceux que l'on trouve épars et brièvement énoncés dans quelques auteurs, quel est le mode d'action que la rue exerce sur l'économie. Dans tout le cours de ce mémoire, nous supposons qu'elle est prise pendant la grossesse. Ce n'est, en effet, que dans cet état que l'on peut avoir lieu d'observer son action, car elle n'est employée à forte dose, à dose vénéneuse, que dans le but de provoquer l'avortement.

La rue irrite, enflamme la membrane muqueuse de l'estomac et du duodénum, l'inflammation est peu intense dans l'intestin grêle, et le gros intestin semble ordinairement n'en être pas affecté.

La phlegmasie gastro-duodénale se manifeste surtout par la douleur épigastrique, et par des vomissements continuels soit des liquides ingérés, soit d'un fluide bilieux.

Il n'y a point de rapport constant, nécessaire, de rapport de cause à effet, entre cette inflammation et les troubles du système nerveux ou les contractions de l'utérus. La stimulation exercée sur l'utérus n'est point un effet sympathique de cette phlegmasie, et proportionnel à son intensité. Combien d'autres substances qui enflamment bien plus vivement l'estomac, n'exercent point une influence semblable sur l'utérus!

Il semblerait même, d'après quelques faits, que c'est précisément lorsque l'inflammation gastro-intestinale a été la plus violente et la plus prolongée, que l'avortement n'a pas eu lieu, comme si l'énergie de la rue s'était concentrée tout entière sur la membrane muqueuse digestive.

Les principes actifs de la rue sont absorbés, comme ceux de tous les poisons narcotiques et narcotico-âcres, et comme beaucoup de poisons irritants, et par une sorte d'affinité élective, vont agir spécialement sur les centres nerveux et sur les fibres contractiles de l'utérus. On ne peut élever aucun doute sur cette absorption que démontre, à défaut de l'analyse chimique des fluides, l'analyse des symptômes.

L'action exercée sur l'encéphale n'est pas le narcotisme pur, mais un narcotisme uni à des phénomènes d'excitation des centres nerveux et du système musculaire. Au reste, il est des personnes chez lesquelles l'opium, pris à doses énormes, et quelquefois à doses moindres, mais cependant vénéneuses, ou pris même à petites doses, produit des accidents semblables.

Je ne répéterai pas ici les symptômes présentés par la jeune fille qui fait le sujet de la seconde observation, avec laquelle le fait que m'a communiqué M. Dufeillay offre d'ailleurs la plus grande analogie. Je n'ai pas assez de faits pour établir la similitude ou les différences de ces symptômes chez diverses personnes, et pour essayer d'en tracer une description générale.

Je rappellerai seulement, comme phénomènes de narcotisme et d'excitation observés chez cette jeune fille, la somnolence, l'état d'ivresse, le délire, les hallucinations, l'engourdissement de l'intelligence, la stupeur, la prostration, les troubles de la vision, la contraction de la pupille, fréquente dans l'empoisonnement par l'opium, la paralysie de la vessie, les mouvements si remarquables de la tête et des membres, mouvements très-différents des convulsions, et très-analogues à ceux de la chorée.

Je dois rappeler aussi l'influence éminemment dépressive et stupéfiante exercée sur le cœur. Le pouls, extrêmement faible et petit, mais régulier, était ralenti au point de ne donner que trente pulsations par minute, ralentissement porté aussi loin qu'il peut l'être sous l'action de la digitale, et tel qu'on la vu quelquefois dans des empoisonnements par la grande ciguë, la belladone et quelques autres substances. En même temps, et sans doute comme conséquence de cette diminution de l'action du cœur, la chaleur de la peau était abaissée au-dessous de l'état normal. Et lorsque plus tard, à mesure que les accidents de l'empoisonnement allaient s'affaiblissant, la tendance de la nature au rétablissement de l'ordre se manifesta par un effet de réaction, avec quelle peine se développa le mouvement fébrile? pendant quelques jours, on voyait le pouls s'élever un instant, une légère chaleur se répandre sur la peau, puis bientôt le pouls retomber à son état habituel de faiblesse et de lenteur, et la peau se refroidir. Le système circulatoire conserva cet état de dépression jusqu'à la convalescence.

L'opium ne produit pas précisément les mêmes effets. Ce trouble fonctionnel si remarquable, où il est impossible de ne voir qu'un simple résultat du narcotisme, dénote une influence spéciale de la rue sur le cœur.

La troisième observation nous présente le même abaissement de la force de contraction du cœur, produisant les mêmes phénomènes, et de plus des lipothymies fréquentes; le refroidissement de la peau paraît même avoir été porté beaucoup plus loin que dans le fait que j'ai cité.

Cette dépression de l'action du cœur s'observe-t-elle à un degré plus ou moins prononcé dans tous les cas d'empoisonnement par la rue, et succède-t-elle toujours à un état d'excitation de cet organe?

Je l'ignore. Il est probable qu'elle ne survient que lorsque les centres nerveux sont affectés de stupeur et d'engourdissement. Dans le cas où je l'ai observée, elle ne se manifesta qu'après l'avortement. Au moment où celui-ci s'opéra, il y avait encore une légère excitation du cœur. Mais il paraît que telle n'est pas toujours la marche des accidents. Dans la troisième observation, le refroidissement de la peau, la dépression de l'action du cœur précédèrent l'avortement, continuèrent sans interruption pendant qu'il s'opérait, et durèrent encore quelque temps après qu'il fut terminé.

La diminution de l'action du cœur n'est point un obstacle aux contractions de l'utérus; nous en voyons la preuve chaque jour dans la pratique des accouchements. Elle n'est pas plus incompatible avec la congestion sanguine active de cet organe, qui concourt à déterminer l'avortement. Les irritations locales ne sont pas sous la dépendance immédiate de l'action du cœur, et peuvent se développer chez les sujets les plus débilités.

J'ai parlé plus haut de la réaction. Elle fut d'autant plus tranchée dans la seconde observation, où j'ai pu suivre son développement, qu'elle succédait à un état de dépression des organes mêmes par lesquels elle devait s'exécuter. Ce mouvement fébrile secondaire doit-il être considéré comme une fièvre symptomatique de l'inflammation gastro-intestinale, et qui enchaînée quelque temps par le narcotisme, n'a pu commencer à se développer qu'à mesure que celui-ci s'est dissipé? N'est-il pas plus rationnel de considérer cette excitation fébrile comme une réaction de l'organisme contre l'agent délétère qui enchaînait ses mouvements, et comme un moyen de rétablir dans l'économie l'ordre troublé par cet agent? la phlegmasie gastro-intestinale imprima seulement à la fièvre une modification particulière, la forme typhoïde. Dans beaucoup de cas d'empoisonnements par les narcotiques et les narcotico-âcres, la cessation des accidents a lieu aussi par une réaction analogue, tantôt modérée, tantôt orageuse, et revêtant aussi quelquefois la forme typhoïde.

Je dois noter comme un phénomène remarquable de l'action élective de la rue sur certains organes, cette phlegmasie de la langue, caractérisée par une tuméfaction énorme, la sécrétion d'une couche blanchâtre à sa surface, et une salivation abondante. Dans les deux derniers faits que j'ai cités, elle eut les mêmes caractères, elle suivit la même marche. Elle ne parut qu'un certain temps après le commencement des accidents de l'empoisonnement, de sorte qu'elle ne put être attribuée à l'irritation causée par la rue au moment de son ingestion. L'inflammation ne dépassait pas la bouche, car la déglutition restait facile. Cette affection de la langue n'est signalée par aucun auteur. On lit seulement dans Bulliard que la rue cause une sécheresse considérable à la bouche et un grand mal de gorge. Dans la première observation que j'ai citée, il n'y eut aucune affection de la langue et des glandes salivaires. Il resterait à déterminer si cette phlogose de la langue est un phénomène fréquent de l'empoisonnement par la rue, et jusqu'à quel point elle pourrait, en médecine légale, servir d'indice de l'emploi de cette substance.

J'arrive au point le plus important à étudier, l'influence que la rue exerce sur l'utérus. Cette influence paraît consister à la fois en une congestion sanguine active, et une stimulation de ses fibres musculaires, qui détermine leur contraction, de laquelle résulte l'expulsion du fœtus. Il est à remarquer que cette action de la rue est toujours sécondaire, qu'il faut un certain temps et souvent la répétition des doses, pour qu'elle s'exerce : tous les faits connus l'attestent. Les contractions utérines provoquées ainsi suivent les mêmes lois que celles de l'accouchement naturel; elles paraissent moins spasmodiques, moins violentes que celles que détermine le seigle ergoté donné dans le travail normal. Rappelons-nous que les accoucheurs anglais ont préconisé les préparations d'opium, et surtout le laudanum de Sydenham, à hautes doses, pour ranimer les contractions utérines languissantes dans l'accouchement. Aux exemples positifs d'une action énergique de la rue sur l'utérus, on oppose les faits où elle n'a produit qu'une inflammation plus ou moins violente du canal digestif, des convulsions et divers troubles du système nerveux, sans que l'utérus en ait ressenti aucune influence appréciable. Des auteurs se sont fondés sur ces faits, qui se renouvellent quelquefois, pour refuser à la rue une action abortive; et prétendent que si l'avortement a suivi, dans certains cas, l'usage de cette plante, il était dû à une irritation inflammatoire de l'utérus, effet sympathique de la gastro-entérite, et qui aurait pu survenir également dans le cours d'une gastro-entérite aiguë déterminée par toute autre cause. Aussi, suivant les mêmes auteurs, l'influence exercée sur l'utérus devant être en raison de l'inflammation gastro-intestinale, l'avortement n'est possible que dans les cas où cette inflammation est excessive, et le plus souvent même alors il n'a pas lieu, et la rue cause les plus graves accidents, sans remplir les espérances coupables des personnes qui l'ont employée.

J'ai déjà fait remarquer que, d'après quelques faits, la puissance abortive de la rue (et il s'agit toujours de la rue prise à hautes doses) paraît être, au contraire, généralement en raison inverse de l'inflammation qu'elle excite dans la membrane muqueuse gastro-intestinale, ce qui s'expliquerait jusqu'à un certain point, si l'on considère que l'action exercée par la rue sur l'utérus est une conséquence de l'absorption de ses principes actifs et non un effet sympathique de la gastro-entérite, et que l'inflammation intense d'une surface muqueuse y rend l'absorption moins facile. Un avortement peut sans doute être le résultat indirect de toute phlegmasie violente capable de réagir fortement sur l'utérus, mais il y a bien loin de cet effet accidentel et fort rare, à la fréquence de l'avortement produit par la rue, lorsqu'elle est prise à doses élevées et répétées pendant plusieurs jours. On peut ajouter que l'avortement a eu lieu quelquefois dans des circonstances où la rue n'avait déterminé qu'une irritation gastrique peu intense et d'une courte durée et des accidents nerveux modérés. L'avortement avait été presque aussi simple qu'une fausse-couche ordinaire. Ici, il est impossible de l'attribuer à l'effet sympathique des autres lésions.

La rue paraît, comme je l'ai dit, stimuler à la

fois le système vasculaire et les fibres contractiles de l'utérus ; et suivant que la stimulation prédomine dans l'un ou l'autre tissu, il survient une inflammation de l'utérus, qui semble la cause déterminante de l'expulsion du fœtus, ou bien la contraction des fibres musculaires est le phénomène principal, et l'on ne peut distinguer de signes de métrite. Ce dernier mode d'action est le plus ordinaire. L'un et l'autre, au reste, résultent également de l'absorption des principes de la rue, et ne sont point l'effet sympathique de l'inflammation de l'estomac. Dans l'un et dans l'autre cas, il peut survenir une hémorrhagie plus ou moins considérable. Cette diversité de l'action de la rue, plus ou moins vénéneuse, plus ou moins puissante sur l'utérus, se conçoit mieux qu'elle ne s'explique par la diversité du mode et du degré de sensibilité des individus, car on ne peut en trouver constamment une cause suffisante dans l'administration différente du poison.

La rue n'exerce-t-elle une action abortive que chez les personnes éminemment prédisposées à l'avortement? n'est-elle que la cause déterminante d'un accident qui n'attendait en quelque sorte qu'une légère impulsion pour s'effectuer? Telle est l'opinion que l'on trouve généralement émise dans les auteurs sur les divers abortifs. Suivant eux, sans une prédisposition spéciale, l'avortement n'aurait pas lieu, et tout l'effet de ces substances se bornerait à une inflammation plus ou moins violente du canal digestif et à des désordres du système nerveux. M. Devergie, qui paraît accorder peu de puissance aux divers abortifs, réfute cependant cette opinion. « Tous les jours, dit-il (1), l'expérience démontre que ces moyens se bornent quelquefois à exciter plus ou moins vivement l'estomac et le canal intestinal, sans déterminer des contractions utérines. Il est vrai de dire que ce langage, qui a été tenu par la plupart des auteurs, est basé sur des observations recueillies sur des femmes fortes, bien constituées, peu impressionnables. Elles avaient en vain mis en usage ces médicaments, et par conséquent avant de les employer, elles n'avaient observé aucune précaution à l'égard de leur enfant; elles s'étaient livrées à leurs courses habituelles, à leurs exercices, à leur travail; et il est même probable qu'elles s'y étaient adonnées avec excès; toutes avaient cherché à rappeler leurs règles; et par conséquent si l'utérus avait résisté à l'emploi de ces exercices violents, les purgatifs (il faudrait ajouter les emménagogues) devaient avoir peu d'efficacité comme abortifs, ou ils devaient en avoir moins que chez des femmes qui, par le sentiment de la maternité, ont un grand intérêt à conserver le produit de la conception.... On ne peut nier l'influence de ces médicaments, et la qualité d'abortifs qui leur a été donnée est fondée dans un certain nombre de cas. »

Ainsi, M. Devergie suppose comme condition essentielle à l'effet abortif de la rue et de diverses autres substances, non pas une prédisposition spéciale à l'avortement, mais seulement une constitution peu robuste et impressionnable, et c'est la constitution la plus ordinaire des femmes.

Je crois que l'on doit reconnaître à la rue plus d'action que M. Devergie n'en accorde aux divers abortifs, et que l'on peut établir que, sans qu'il existe aucune prédisposition appréciable à l'avortement, sans qu'il soit nécessaire de supposer une constitution délicate et nerveuse, la rue exercera, non pas toujours, mais fréquemment, sa puissance abortive, au milieu d'accidents plus ou moins graves, si elle est prise à doses assez fortes, assez répétées, et si elle est employée à l'état de plante fraîche, où elle a le plus d'activité. C'est la conclusion qui découle naturellement des faits que j'ai rapportés et des considérations qui précèdent.

Telle était aussi l'opinion des anciens, fondée sans doute sur une longue observation. L'histoire raconte qu'elle fut à Rome, au temps des empereurs, la fréquence des avortements provoqués. L'emploi de la rue à hautes doses était un des moyens dont on se servait habituellement pour les obtenir.

Il est sans doute des personnes réfractaires à l'action abortive de la rue, chez lesquelles l'utérus reste à peu près insensible à l'influence de cette plante, dont l'énergie semble alors se concentrer sur la muqueuse digestive, ou s'étendre plus ou moins aux centres nerveux.

Ne voyons-nous pas aussi toutes les substances le plus éminemment spécifiques, le quinquina, l'opium, la digitale, le mercure, manquer quelquefois l'effet que l'on attend de leur usage, dans les circonstances où leur emploi semble le mieux indiqué, sans qu'il soit possible de se rendre compte de ce défaut d'action, autrement qu'en admettant une idiosyncrasie particulière, soit temporaire, soit permanente et inhérente à la constitution, qui repousse leur effet médicamenteux ; tandis qu'il est au contraire des personnes excessivement sensibles aux plus petites doses de ces substances.

Dans les faits que j'ai cités, c'est la rue des jardins qui avait été employée; les anciens lui attribuaient moins d'activité qu'à la rue sauvage. Toutes les parties de la plante possèdent les mêmes principes actifs : la racine paraît en contenir un peu moins que les feuilles. La rue perd beaucoup de son activité par la dessiccation. C'est à l'état de plante fraîche qu'elle produit le plus d'accidents; c'est aussi dans cet état que l'emploient les malheureuses filles qui veulent détruire leur grossesse. Le suc et la décoction de rue fraîche produisent les mêmes effets, et paraissent agir avec la même énergie. Il est probable, mais cette conjecture ne repose pas sur des preuves suffisantes, que l'activité de la rue est due à une huile essentielle qui se trouve dans toutes les parties de la plante, et lui donne une odeur forte et désagréable, une saveur âcre et amère. Je ne connais aucune analyse chimique de cette plante.

Il serait difficile de préciser à quelle dose la rue est vénéneuse, à quelle dose elle peut déterminer l'avortement. Dans la première observation j'ai indiqué la dose de la rue qui fut employée : c'était une décoction concentrée de trois racines de rue de la grosseur du doigt. Dans les deux dernières observations, la quantité de rue employée n'a pu être exactement connue. Il est présumable que le suc exprimé de quelques onces de feuilles de rue, que la décoction de trois et quatre onces de ces feuilles, agiraient toujours comme poisons, et que la répétition de ces doses pourrait déterminer l'avortement.

(1) Traité de médecine légale, t. I, p. 676.

Il serait possible même que des doses plus faibles produisissent les mêmes accidents.

Comme toutes les substances dont l'action s'exerce particulièrement sur le système nerveux, la rue agit avec une énergie en partie relative aux différences de sensibilité des divers organismes. Il est certain que chez quelques personnes l'avortement a été déterminé par des doses peu élevées de rue. On en conclura sans doute que chez elles il existait une prédisposition à l'avortement, quoique rien ne le prouve. Chez d'autres l'avortement n'a eu lieu que par l'usage de doses considérables et répétées. Chez d'autres personnes enfin, comme je l'ai dit, l'utérus n'a paru ressentir aucune influence de la rue, à quelque dose qu'elle ait été prise.

Lorsqu'on se rappelle les doses assez élevées auxquelles la rue est conseillée comme emménagogue dans divers ouvrages de matière médicale (24 gr. à 3 gr. de poudre des feuilles, le double en infusion, 8 à 18 gr. d'extrait par jour, etc), et que ce remède est accusé de manquer d'activité, on pourrait s'étonner de voir la rue considérée comme vénéneuse à des doses qui ne sont pas infiniment plus élevées que quelques gros de ses feuilles. Mais il faut remarquer que, dans les préparations médicinales, c'est la rue sèche qui est employée, que les procédés nécessaires pour obtenir l'extrait, détruisent peut-être ou dissipent le principe actif de la rue, tandis que dans les tentatives d'avortement, c'est la rue fraîche qui est mise en usage. Il y aurait probablement des inconvénients à substituer la rue fraîche à la rue sèche, en conservant les doses indiquées dans les traités de matière médicale.

Il est d'usage, parmi les femmes qui emploient la rue dans le but de se procurer un avortement, de commencer par des applications extérieures de feuilles fraîches de cette plante, soit entières, soit à demi écrasées, pratique certainement impuissante à provoquer les contractions de l'utérus : puis elles prennent des décoctions des feuilles ou de la racine de rue, et plus communément le suc exprimé des feuilles. Lorsque l'action abortive tarde à se produire, elles en prennent quelquefois d'énormes quantités. C'est alors qu'on voit survenir d'effroyables accidents, un véritable empoisonnement, souvent très-grave, et qui peut devenir mortel. La mort peut avoir lieu rapidement, soit par l'affection des centres nerveux et l'arrêt de l'action du cœur, comme dans l'empoisonnement par d'autres narcotico-âcres ou par l'opium, soit par une inflammation sur-aiguë du canal digestif, compliquée quelquefois d'inflammation de l'utérus, de perte utérine, etc. Quelques femmes après avoir survécu aux accidents immédiats de l'empoisonnement succombent plus tard à la désorganisation chronique du canal digestif. D'autres femmes, moins gravement affectées, conservent toute la vie un état de souffrance dû à quelque trouble du système nerveux, ou à quelque altération organique peu étendue. Bien d'autres empoisonnements détruisent aussi la santé pour la vie entière. Des exemples de ces différentes suites de l'empoisonnement par la rue, se trouvent consignés dans divers auteurs. D'autres faits analogues m'ont été communiqués, mais trop brièvement pour qu'il y ait quelque avantage à les rapporter ici.

Je n'ai pas eu la prétention de donner dans ce mémoire une histoire complète de l'avortement qui peut être déterminé par l'emploi de la rue, et de résoudre toutes les questions médico-légales qui s'y rattachent. J'ai voulu seulement jeter quelques lumières sur ce sujet important, traité généralement avec une extrême légèreté. J'ai cherché à présenter, à l'aide de quelques faits cliniques, le mode spécial d'action de la rue. J'ai montré que cette plante, rangée avec raison dans la classe des poisons narcotico-âcres, se rapproche beaucoup, sous plusieurs rapports, des poisons narcotiques. J'ai tâché de faire ressortir les caractères de l'empoisonnement qu'elle produit, et ceux de l'avortement qui peut être la conséquence de son usage. J'ai voulu prouver que la puissance abortive qu'elle possède peut avoir son effet indépendamment de toute prédisposition à la sortie prématurée de l'enfant.

Les opinions que j'ai émises diffèrent beaucoup de celles qui sont généralement adoptées.

En médecine légale, plus encore que dans les autres applications de notre science, on éprouve, dans les cas dont la solution offre quelque difficulté, une tendance naturelle à se ranger à l'opinion des hommes justement distingués par leurs connaissances en cette matière. L'importance de la décision que l'on est appelé à donner, les conséquences graves qu'elle doit avoir, et, il faut le dire, le défaut d'expérience en des matières qui se présentent rarement à l'observation, conduisent souvent le médecin, dont la conviction n'est pas bien formée, à mettre à couvert sa responsabilité en adoptant l'opinion dominante. Aussi, en médecine légale, les opinions se répandent et se généralisent facilement, dès qu'elles se présentent appuyées de l'autorité de quelques noms élevés.

Or, les hommes dont l'opinion fait loi, en quelque sorte parmi nous, dans les questions médico-légales, restreignent l'action des abortifs dans des limites fort étroites, ou semblent même la rejeter presque tout à fait.

« On conçoit, dit M. Marc (*Dict. des sciences médicales*, art. *Avortement*), qu'il ne peut exister d'abortifs dans l'acception rigoureuse du mot, c'est-à-dire qu'il n'est pas de médicament qui puisse déterminer l'avortement, d'une manière directe et spécifique. La nature, au contraire, qui semble leur avoir refusé à dessein ce pouvoir, a hérissé d'obstacles, de dangers et d'incertitude toute tentative de détruire ou d'expulser le fœtus. Si on a vu de ces entreprises criminelles réussir quelquefois, on les a vues le plus souvent, au contraire, échouer. Dans tous les cas, malheur à la mère qui s'expose à une pareille expérience! Non-seulement sa vie court les plus grands dangers, mais sa santé éprouve constamment une atteinte dont il est difficile et presque toujours impossible d'effacer l'impression. »

Sans doute, il n'est pas d'abortif dont l'effet soit sûr et constant; nous n'en connaissons pas qui puisse déterminer l'avortement sans produire des accidents plus ou moins graves; mais il n'en est pas moins vrai que l'avortement que provoque la rue est le résultat d'une action directe et spécifique, aussi bien démontrée que l'action de tous les médicaments auxquels le nom de spécifique a été accordé.

L'avortement criminel n'est guère l'objet de pour-

suites judiciaires que dans les cas où la mort de la femme s'en est suivie. Hors ces cas, ce crime ne parvient que bien rarement à la connaissance de la justice. Il n'est pas de crime qui soit si facile à dissimuler, lorsque la femme n'en a pas été victime, et dont les preuves matérielles, quand on vient à le soupçonner, soient plus difficiles à obtenir.

Le médecin le surprend quelquefois dans le secret de sa pratique, et je parle surtout ici de l'avortement tenté au moyen des abortifs, lorsqu'il est appelé à remédier aux accidents qui en sont résultés; mais il parvient rarement à découvrir la vérité tout entière. Il lui est bien difficile de faire avouer, à la personne coupable, toutes les circonstances d'une action immorale et honteuse, je ne dis pas d'un crime, puisque la plupart des femmes, qui cherchent à se faire avorter, savent très-bien qu'elles enfreignent les lois de la morale, mais n'ont pas l'idée qu'elles commettent un crime passible des peines portées par les lois.

Dans les avortements, comme dans les infanticides, on obtient bien difficilement ces détails précis que l'on peut recueillir si souvent dans les empoisonnements, soit par suicide, soit par assassinat. Là toutes les circonstances de chaque fait sont souvent connues jusque dans leurs plus petits détails; il y a toujours quelque personne intéressée à les révéler.

Dans l'avortement, au contraire, on n'obtient tout au plus de la femme que des demi-aveux, et quelquefois même elle persiste à nier tout, jusqu'à sa grossesse, au médecin qui a reçu dans ses mains le fœtus avorté. Ici, tous les témoins ont intérêt à garder le silence; aussi ne faut-il pas s'étonner si l'histoire de l'avortement criminel est peu avancée, et s'il règne encore tant d'incertitude et quelques erreurs sur l'action des abortifs.

Je ne me flatte pas d'avoir surmonté les difficultés de l'observation, difficultés inhérentes au sujet même. Mais je crois, en exposant plus exactement qu'on ne l'a fait jusqu'ici, le mode d'action de la rue, avoir donné les moyens de reconnaître souvent, ou de soupçonner au moins l'emploi de cette plante, et en démontrant l'étendue de sa puissance abortive, avoir suffisamment engagé les médecins à se défier de l'usage qu'on en peut faire, et à ne pas traiter légèrement l'emploi des substances désignées de tout temps par la voix publique sous le nom d'abortives.

Bien des recherches restent à faire, bien des points obscurs à éclaircir. C'est aux médecins à qui leur pratique peut présenter des faits analogues à ceux que j'ai rapportés, à poursuivre ces recherches; et la solution des questions relatives à l'emploi des abortifs pourra atteindre le même degré de certitude que nos connaissances sur les empoisonnements le mieux étudiés, parmi ceux qui sont produits par des substances végétales.

---

BULLETIN GÉNÉRAL

# DE THERAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

JUIN 1838.

Nos 11 et 12. — 15 et 30 juin.

## *Considérations sur les méthodes exclusives de traitement de la fièvre typhoïde.*

Nous nous sommes récriés plusieurs fois sur le vice des méthodes exclusives dans le traitement des fièvres typhoïdes. Mais ces réclamations légitimes n'ont pas encore été entendues, parce que la raison ne prévaut guère que très-lentement contre les préjugés systématiques. Parcourez les hôpitaux, lisez les résultats de la clinique de ces médecins à systèmes arrêtés, vous y verrez toujours les mêmes idées et les mêmes pratiques. Ceux-ci continuent à ne voir dans ces fièvres qu'une phlogose du tube digestif et s'en tiennent opiniâtrément aux saignées coup sur coup par la lancette ou les sangsues; ceux-là les considèrent comme le produit d'une dégénérescence bilieuse dont le siége est dans le tube intestinal, et s'appliquent à les poursuivre par les purgatifs répétés; d'autres enfin, qui ont cru reconnaître en alignant une cinquantaine d'observations, que les traitements les plus contraires ne faisaient ni bien ni mal, persistent à laisser aller ces maladies, et à n'opposer à leurs progrès quelquefois si terribles, que des traitements insignifiants. Dans notre opinion, conforme à l'idée qu'on s'est faite de tous les temps de la condition de ces sortes de fièvres, elles requièrent, suivant les circonstances, des traitements de différente nature, et se trouvent également bien, tantôt des émissions sanguines, tantôt des évacuants émétiques et purgatifs, tantôt de l'expectation et des délayants, et plus rarement des toniques seuls. En ceci, il faut se régler moins par l'apparence symptomatique et les lésions des cadavres, que par la cause primitive ou le point de départ de ces affections. C'est pour cela que les médecins les plus disposés à confondre par une seule dénomination tous les cas de cette maladie se voient obligés, au lit des malades, d'admettre entre ces cas de notables distinctions. Quoi qu'il en soit de notre sentiment que nous rappelons en cette occasion sans nous proposer de le discuter, ce qui serait trop long, voici quelques exemples de ces sortes de fièvres qui ajouteront aux preuves nombreuses que nous pouvons en offrir. Ils ont été puisés dans la pratique d'un des médecins les plus distingués de la capitale, dans le service de M. le professeur Chomel, à l'Hôtel-Dieu.

Obs. I. Un journalier, âgé de vingt-quatre ans, d'un tempérament bilieux, habituellement bien portant, indisposé depuis sept jours et alité depuis quatre, fut reçu tout récemment dans les salles de M. Chomel. Le jour de la visite, on constata les signes ordinaires de la fièvre dite typhoïde. Il avait aussi le dévoiement. La langue était rouge aux bords, et à la pointe recouverte d'un enduit saburral; le ventre était faiblement développé; la région cœcale était le siége d'un gargouillement et d'un peu de sensibilité à la pression. Nous ajouterons que, depuis sept jours, il avait de la fièvre, de l'inappétence, de la soif, quelques coliques légères, de la céphalalgie, de la diarrhée, de la faiblesse, de l'insomnie et des étourdissements. Le jour de la visite, on lui prescrit : tartre stibié, deux grains; une once de sulfate de magnésie, une solution de sirop de groseille, un cataplasme sur le ventre, et la diète. Par l'effet de l'éméto-cathartique, vomissements et garde-robes. Pendant plusieurs jours de suite, on entretient les évacuations alvines à l'aide de deux verres d'eau de Sedlitz par jour. Sous l'influence de ce traitement, les symptômes s'aggravent, et cinq jours après, il se trouvait dans l'état suivant :

Pétéchies sur l'abdomen, les lèvres et les dents encroûtées, la langue râpeuse et fendillée, le pouls filiforme, la peau âcre et brûlante, l'haleine fétide, les réponses lentes, pénibles, la stupeur et la prostration extrêmes. On suspend les purgatifs, ce qui restreint le nombre des selles à cinq ou six, c'est-à-dire de moitié. Les symptômes adynamiques restent stationnaires pendant plusieurs jours de suite, après quoi on a recours à l'infusion d'angélique et à l'extrait de quinquina. Tous les symptômes s'amendent par l'usage de ces remèdes, et quatre jours après, on met le malade au bouillon. Ses forces reviennent lentement, mais il se rétablit, et il sort définitivement de l'hôpital.

Ce cas de maladie est remarquable sous plusieurs rapports; nous nous contenterons des réflexions suivantes. Au début, ce sujet ne présentait autre chose que les signes reconnus du premier degré d'une fiè-

vre bilieuse : cependant elle menaçait de devenir adynamique ou putride, ainsi que le démontrent les symptômes typhoïdes. L'éméto-cathartique indiqué par l'origine gastrique de ces phénomènes n'a pas produit les effets heureux qu'il produit ordinairement. Pourquoi cela? C'est, à notre avis, que la maladie était déjà un peu ancienne, que la cause matérielle n'existait presque plus dans les premières voies, et qu'elle était passée, comme on disait autrefois, dans les secondes voies ou dans la masse du sang. Que faire alors? Il nous semble qu'au lieu de débuter brusquement par un éméto-cathartique, il aurait fallu délayer ou préparer d'abord à l'administration de l'évacuant. Ce n'est pas ce qu'on a pratiqué. En outre, on a trop insisté évidemment sur la purgation, puisqu'on y revenait tous les jours, quoique l'état du malade ne s'amendât point. C'est ainsi que les symptômes adynamiques ont paru avec le cortége effrayant que nous avons mentionné. Admettez qu'on eût poussé encore aux garde-robes ; que serait-il arrivé? On le prévoit sans peine : la mort était au bout d'un semblable traitement. M. Chomel s'est arrêté à temps. Il a discontinué la purgation, et il l'a remplacée par les excitants et les toniques. L'effet de leur intervention a suivi de trop près l'emploi de ces remèdes pour ne pas leur faire honneur exclusivement du rappel de ce malade à la vie. Voilà donc un premier fait où les évacuants étaient contre-indiqués et ont empiré la fièvre typhoïde, et où les toniques et les excitants ont amené la guérison.

Obs. II. Un serrurier, âgé de vingt-sept ans, d'une forte constitution, d'un tempérament sanguin, à Paris depuis trois mois, avait été pris de fièvre, de céphalalgie, d'étourdissements, d'inappétence et de diarrhée. Entré à l'hôpital cinq jours après, on remarquait surtout un affaiblissement notable de l'action musculaire, et des bourdonnements d'oreilles. Il y avait aussi un peu de soif, de la sensibilité à la pression dans le flanc gauche et dans la région ombilicale, du gargouillement dans la fosse iliaque droite, quelques rares coliques et de la constipation. Le pouls légèrement fébrile, la chaleur de la peau modérée. Prescription : tartre stibié, deux grains; solution de sirop de groseille; lavement émollient. Deux vomissements et six selles sont l'effet du tartre stibié. Le jour suivant, l'amélioration était sensible. On fait prendre deux verres d'eau de Sedlitz, et le lendemain, un seul verre; on obtient chaque fois plusieurs selles. Quelques jours après, il ne restait plus aucune trace de cette affection.

Dans cette fièvre, on a eu des symptômes tout à fait analogues à la précédente, à l'intensité près. Cette différence provenait de ce que celle-ci était beaucoup moins avancée que l'autre; et par l'avancement d'une maladie, on n'entend pas précisément les jours de sa durée; on doit entendre que, quelle qu'en soit la cause, son développement a fait plus de progrès. Cela posé, on a eu recours à l'émétique, lorsque le principe, quel qu'il soit, de cette fièvre, existait encore dans le tube digestif, ou, si l'on aime mieux, lorqu'il suffisait de l'impression que l'émétique porte sur les cavités gastro-intestinales pour en neutraliser les effets. Les purgatifs doux employés ensuite ont continué avantageusement l'opération évacuante de l'émétique. Nous dirons seulement que, dans notre opinion, on a bien fait de les suspendre. Supposons qu'à la place de cette méthode thérapeutique, on eût mis à contribution les saignées réitérées, comme aucune indication n'en appelait l'usage, il y a à parier qu'elles eussent prolongé la maladie, si même elles ne l'avaient aggravée. Les toniques n'auraient pas eu plus d'avantages; nous en apporterons la même preuve tout à l'heure ; la preuve décisive ou péremptoire, c'est qu'ils n'étaient pas indiqués. Notons ce second fait comme un exemple de fièvre typhoïde dans laquelle l'éméto-cathartique réussit à souhait.

Obs. III. Un garçon marchand de vin, âgé de vingt ans, à Paris depuis huit mois, éprouvait, depuis huit ou neuf jours, de la fièvre, de la prostration, de la céphalalgie, de l'insomnie, de l'ardeur à la gorge, de l'inappétence, de la soif, du dévoiement; la face exprime l'indifférence; la langue et l'arrière-bouche sont rouges et sèches; il y a des gargouillements et des douleurs dans la région ilio-cœcale droite par la pression; le pouls est fréquent, la peau chaude. Prescription : une bouteille d'eau de Sedlitz, solution de sirop de grosseille; diète. L'usage de l'eau purgative amène vingt selles durant la nuit; on continue l'eau de Sedlitz pendant six jours de suite, après lesquels le malade est entièrement guéri.

Nous disions tout-à-l'heure qu'on ne pouvait pas toujours juger du degré d'avancement d'une maladie par le nombre de jours de sa durée, en voici une preuve. Ici il y a presque autant de jours de maladie que dans le premier fait, et pourtant quelle différence dans les progrès de la maladie! Dans le premier, elle était passée à la seconde période, et elle touchait à celle de dissolution qui la suit; dans celui que nous venons de citer, la maladie n'a pas dépassé encore le premier degré. D'ailleurs si l'on excepte la complication légère d'une affection catarrhale, l'état bilieux se manifeste dans ce cas par des traits frappants pour tous. Nous ne savons pourquoi on n'a pas prescrit un émétique avant d'en venir à la purgation. Si l'on avait pris ce parti, on aurait emporté brusquement tous les symptômes, et l'on aurait abrégé probablement encore la maladie. Il se présentait en outre une autre indication qui devait concourir avec celle de purger : elle était formée par la réunion des symptômes d'irritation qui accompagnaient les symptômes gastriques. Cette indication là, on y aurait satisfait à l'aide d'une saignée modérée. La méthode thérapeutique convenable, à notre avis, consistait donc à prescrire en débutant une saignée de deux palettes, et, immédiatement après, un émétique ou un éméto-cathartique. Nous ajouterons toutefois que, telle était la légèreté de cette fièvre, que l'expectation pure, aidée de la diète et de quelques jours de l'usage d'une boisson acidulée, en aurait fait justice aussi bien que la pratique employée, mais plus lentement que la méthode que nous lui avons substituée. L'affection qui va suivre démontrera que les saignées et les purgatifs sont loin de réussir toujours.

Obs. IV. Un bijoutier âgé de vingt ans, d'un tempérament lymphatique, éprouvait, depuis cinq, six ou sept jours, un accès de fièvre quotidienne, quelques nausées, de la constipation, un peu de céphalalgie

lalgie, des étourdissements, une lassitude profonde et des douleurs articulaires. A son entrée à l'hôpital, la prédominance du dernier symptôme fit pratiquer une saignée de trois palettes ; le jour suivant on se borna aux délayants. Les symptômes typhoïdes du début s'étant accrus, on prescrivit un verre d'eau de Sedlitz ; on en fit autant le lendemain. Les symptômes ne firent qu'augmenter, et le lendemain le malade était dans l'état suivant : lèvres sèches, teint jaunâtre au pourtour des narines, dents fuligineuses, œil éteint, face légèrement colorée, haleine fétide, soif vive, langue très-rouge, très-sale, grillée; ventre tendu, médiocrement développé; météorisme, gargouillement dans tout le trajet du canal. Trois ou quatre selles liquides; pouls à cent seize pulsations et très-petit; peau brûlante, âcre ; prostration ; insomnie ; même prescription. On soutient le même traitement pendant quatre jours de suite, après lesquels les réponses devinrent faibles, embarrassées, à peine perceptibles; la face hippocratique ; la fuliginosité des dents et de la bouche fait des progrès; le pouls est très-faible et très-fréquent; des taches pourprées paraissent sur les paupières, au cou et à la poitrine. La prostration est à son comble. Prescription : Limonade citrine; sirop gommé ; potion gommée avec extrait de quinquina, un gros; lavement avec la décoction de quinquina; fomentations aromatiques.

Le malade mourut dans la soirée; à l'ouverture du cadavre, légère saillie des plaques et des follicules intestinaux. Une série de petites taches arrondies, ayant un point blanchâtre à leur centre, sont répandues, à des intervalles plus ou moins rapprochés, dans l'estomac et dans le reste du tube digestif. Il n'existait d'ulcération sur aucun point de la muqueuse intestinale.

On est frappé dans cette observation du peu de rapport entre la gravité des symptômes et la légèreté des traces cadavériques, ce qui prouve, contre l'opinion vulgaire, que l'intensité de cette espèce de fièvre n'est pas toujours déterminée par la lésion intestinale, et qu'on a grand tort par conséquent de considérer toujours cette lésion comme le terme de la médication. Une autre réflexion, c'est le peu de gravité de la maladie à son début, et l'accroissement qu'elle a eu sous l'action de la méthode suivie. La première saignée surtout a été inopportune et trop copieuse ; c'est elle qui a frappé le malade d'une atteinte dont il n'a pu se relever. Nous ne disons pas qu'il ne fallait pas saigner le malade. Au commencement de toute maladie aiguë, quand elle attaque des sujets dans la force de l'âge, il est rare qu'on ne puisse placer une émission sanguine. Le tort ici a été de la faire trop copieuse et de s'en tenir à la saignée. Qu'est-il arrivé? On peut suivre le progrès de l'affaiblissement des forces jour par jour après cette saignée, surtout quand on a ajouté à son effet nuisible l'usage aussi peu opportun de la purgation réitérée, quelque légère qu'elle soit. On ne sait pas assez que rien ne débilite plus que les purgations, lorsqu'elles ne sont pas indiquées, c'est à dire lorsqu'elles troublent le cours naturel des maladies. Que fallait-il ici? Rien de mieux à notre avis que la diète, les délayants et l'expectation. A ces conditions, deux ou trois jours auraient terminé, on peut le croire, heureusement cette maladie, d'apparence si insignifiante; peut-être seulement aurait-il fallu, au bout de ces trois jours, une bonne purgation. Quoi qu'il en soit, il est certain que la saignée trop copieuse du début, le laxatif soutenu avec une persévérance déplorable, et l'intervention trop tardive des toniques, paraissent seuls la cause de l'issue fatale de cette affection. Nous tirerons de ces quatre exemples, dont il serait aisé de grossir le nombre, cette règle pratique, qu'on n'est pas fondé à soumettre à une thérapeutique uniforme tous les malades atteints de la fièvre typhoïde; que, sur la masse, les uns guérissent à l'aide de la saignée, suivie immédiatement des éméto-cathartiques; les autres, à l'aide des éméto-cathartiques seuls; plusieurs, par l'expectation, secondée des boissons délayantes et de la diète; que le plus petit nombre a besoin de toniques dès le début; qu'enfin, les méthodes les plus convenables, les moyens les plus actifs, deviennent inutiles et dangereux lorsqu'on y a recours sans des indications suffisantes.

FUSTER.

---

*Quelques considérations pratiques sur les otorrhées les plus graves et sur leur traitement.*

C'est une grave maladie que l'otorrhée qui a sa source dans le cerveau et ses membranes, où dont la cause se propage de proche en proche de l'oreille externe ou interne à la cavité encéphalique. A moins qu'on ne la prenne à temps et qu'on ne lui oppose un traitement promptement efficace, la mort, et une mort rapide, est la suite presque inévitable de la lésion primitive ou consécutive du cerveau ou des méninges. Cependant, toutes les otorrhées ne se présentent pas avec ce fâcheux caractère : il en est même de très-bénignes ou plutôt de très-utiles, quoiqu'elles soient précédées et accompagnées des signes de la lésion encéphalique ; il en existe encore de tout à fait inoffensives, quoiqu'elles datent de très-loin et qu'elles se manifestent aussi de temps en temps avec un appareil symptomatique, en apparence très-alarmant. Les médecins qui se sont occupés dans ce dernier temps de cet écoulement muqueux ou purulent, ont apporté à cette étude tous les préjugés anatomiques. Ils n'ont pas conçu l'otorrhée autrement que comme le produit d'une lésion matérielle et circonscrite, soit de l'oreille externe ou interne, soit du cerveau ou des méninges. Il en est résulté qu'ils se sont effrayés mal à propos à la vue de toutes les otorrhées sans exception, et qu'ils ont dirigé exclusivement sur le siége présumé de la lésion toutes les ressources de leur thérapeutique. Heureux quand à cette première prévention ils n'en ont pas ajouté une autre, celle de considérer l'origine et les progrès de toutes les otorrhées comme le produit primitif d'une inflammation, et de poursuivre en conséquence les diverses phases de ce phénomène morbide, par la seule méthode appropriée au traitement des inflammations. Aujourd'hui que les meilleurs esprits sentent le besoin de prendre au lit des malades un guide plus sûr que les études anatomiques, et qu'on a cessé de croire à l'empire

souverain de l'inflammation, on a peine à comprendre qu'un professeur distingué de Bonn, M. le docteur Albert, dans des recherches récentes sur l'otorrhée cérébrale, ait établi tout le diagnostic de cette maladie sur des données anatomiques. Nous ne suivrons pas le professeur Albert dans le détail des divisions qu'il a cru devoir faire de cette maladie si commune; nous serons plus utiles, du moins nous le pensons, en rétablissant cette question intéressante dans les termes généraux qui conviennent à sa discussion. Nous distinguerons d'après cela quatre espèces d'otorrhées bien différentes, tant par leur nature que par leur traitement. Il y a une espèce d'otorrhée très-ancienne et fort connue, qui éclate spontanément et juge heureusement un grand nombre de maladies internes. Cette otorrhée réellement critique, déjà signalée par Hippocrate, s'observe dans les affections fébriles de long cours, et spécialement dans les fièvres de mauvais caractère. Peu de fièvres ataxiques qui ont compromis les jours des malades se résolvent d'une manière favorable sans qu'il survienne par l'une ou l'autre oreille, et quelquefois par les deux oreilles en même temps, un écoulement muqueux ou purulent qui se dissipe après quelques jours pour ne plus reparaître. Ce ne sont pas seulement les fièvres aiguës qui se jugent par de semblables écoulements; toutes les maladies dont le siége principal occupe la tête trouvent aussi dans cette espèce d'otorrhée une voie naturelle de solution. Imaginez qu'un praticien, tout rempli de l'idée que l'otorrhée suppose primitivement ou consécutivement une lésion essentielle de l'encéphale ou de l'oreille, rencontre par hasard une des espèces dont nous parlons, il ne manquera pas de l'attribuer à quelque altération du cerveau ou des méninges, et dès lors il se mettra en frais de tarir, en l'attaquant dans sa source, le principe de cet écoulement. Cette erreur sera d'autant plus facile que les otorrhées critiques ont été précédées en général d'un appareil symptomatique cérébral, qu'il y a eu notamment avant leurs manifestations de la céphalalgie, la face rouge, des vertiges, souvent le délire, et que, lorsqu'elle se déclarait, le bourdonnement des oreilles, la surdité, la fièvre, annoncent évidemment que l'encéphale ou ses dépendances en sont le point de départ essentiel. Cependant ces otorrhées si menaçantes n'entraînent après elles aucun inconvénient. Loin de là, elles se présentent au véritable praticien comme le terme définitif de la crise heureuse d'une grave affection. Ce qu'il y a à faire en pareil cas, c'est de se bien garder de couper court à cette évacuation, de l'entretenir au contraire à l'aide de fomentations chaudes et d'injections émollientes introduites avec précaution; car si on était assez malheureux pour réussir à enrayer cet écoulement, le retour des symptômes de la fièvre dernière, et particulièrement des symptômes encéphaliques, serait infailliblement suivi d'une catastrophe qu'on devrait regretter amèrement. Ces cas-là sont si fréquents qu'il est superflu d'en citer des preuves. Retenons seulement que nous avons ici des otorrhées qu'on est en droit, par l'ensemble de leurs signes, d'appeler cérébrales, et qui sont véritablement critiques.

L'otorrhée précédente est aiguë et ne revient plus après qu'elle a disparu. En voici une autre non moins commune, mais qui est chronique, et persiste quelquefois de longues années. On la rencontre chez les sujets d'un tempérament lymphatique et scrofuleux, parmi les enfants et les adultes de l'un et de l'autre sexe, surtout chez les hommes. Celle-ci apparaît spontanément sans cause appréciable, ou bien elle succède à des douleurs d'oreille, à des bourdonnements dans la tête, à de la céphalalgie, à de la somnolence, accompagnée d'un état fébrile. Elle se compose d'une matière visqueuse d'une odeur fade, tantôt verdâtre, tantôt jaunâtre, quelquefois noirâtre et fétide, assez semblable au pus de la carie. Son émission a lieu sans douleurs, et avec une simple tension de l'intérieur de l'oreille. Sa quantité très-variable est considérable pendant les temps humides; elle se supprime assez souvent sans occasionner de changements notables pendant plusieurs jours ou plusieurs semaines, puis elle reparaît comme par le passé, pour se supprimer après avoir plus ou moins duré, et ainsi de suite pendant quinze, vingt années ou davantage. L'oreille par où se fait l'écoulement est toujours dure, l'ouïe de ce côté peut être même perdue; enfin, après cette longue durée, les retours de l'otorrhée s'éloignent, et la maladie finit quelquefois par disparaître tout à fait. Après sa disparition complète, le sens des auditions reprend lentement ses propriétés. Il est rare cependant, quand cette otorrhée s'est très-prolongée, que ce sens revienne à sa délicatesse primitive.

Cette espèce d'otorrhée ne ressemble en rien à la première : on doit la considérer comme un produit de la constitution du sujet, et comme on considère les écoulements muqueux ou autres qui se font jour par divers émonctoires, notamment dans le premier âge de la vie, ou parmi les personnes lymphatiques et scrofuleuses. Il serait très-aisé d'accumuler les faits en preuve de ces principes, contentons-nous d'en citer un seul que nous avons pu suivre de très-près.

Obs. 1.—F..., âgé de trente-sept ans, d'une constitution scrofuleuse, et sujet dans son enfance à des abcès froids, fut atteint, à l'âge de douze à quatorze ans, d'une otorrhée de l'oreille gauche. La matière de l'écoulement, très-copieuse au commencement, a persévéré au même degré jusqu'à l'âge de vingt-six ans. Sa nature a varié, devenant claire, noîratre, et fétide comme le pus de la carie, lorsqu'une irritation accidentelle, telle qu'en produisent les affections catarrhales, survenait à ce sujet. D'ailleurs, jamais il ne s'est plaint de la tête, jamais sa santé n'a été sérieusement troublée. Il n'a rien opposé à cette otorrhée plus incommode que douloureuse, et cependant à l'âge de vingt-six ans elle a diminué insensiblement et a fini par cesser. Toutefois ce n'était là qu'une interruption passagère, car elle revint plusieurs semaines après, sous l'influence d'une grande humidité de l'air. Depuis lors il a éprouvé plusieurs alternatives analogues. Aujourd'hui même, elle reparaît encore, mais de loin en loin et en très-petite quantité. L'ouïe de ce côté reste toujours obtuse, sans être jamais entièrement abolie.

Les otorrhées dont il nous reste à parler n'offrent, relativement aux précédentes, ni la même nature, ni le même caractère de bénignité. Ce sont celles que les médecins anatomistes se sont surtout appliqués

à décrire ; ce sont celles aussi que le professeur de Bonn a particulièrement considérées. Elles renferment les otorrhées qui ont pour cause, soit une lésion primitive de l'encéphale, de ses dépendances, ou des tables osseuses du crâne, soit une lésion primitive de l'oreille qui s'est propagée consécutivement jusque dans la cavité du crâne, soit une lésion simultanée de l'oreille et des organes encéphaliques, sans qu'on puisse dire avec certitude quelle est, des deux lésions matérielles, la première en date. Cette altération primitive est ordinairement une inflammation réelle, mais une inflammation du cerveau ou de ses membranes, qui marche avec impétuosité vers la suppuration. Tous les efforts de la pratique tendront à enrayer ce mouvement inflammatoire, et à prévenir la période de suppuration. Nous devons convenir néanmoins que les progrès de cette phlogose sont trop souvent au-dessus des ressources de la médecine, et qu'à l'instant où l'otorrhée vient à paraître, le terme fatal est ordinairement prochain. Aussi est-ce au début, avant que le mal se soit accru au point de devenir irrémédiable, qu'on doit mettre tout en œuvre pour conjurer la cause de cet écoulement. Parmi les exemples de cette terrible maladie, il nous suffira d'en choisir ici un.

Obs. II. Un homme âgé de quarante-deux ans, s'étant refroidi après s'être exposé aux rayons du soleil, se plaignait d'une vive douleur de tête fixée au côté droit de la suture sagittale. Le lendemain il se déclara une fièvre ardente, des frissons, des nausées, de l'anxiété, de l'insomnie, et puis une violente céphalalgie, yeux brillants et injectés. Le cinquième jour la frénésie survint, et, malgré tous les moyens employés, le malade mourut le neuvième. Un peu avant la mort, il était sorti par l'oreille droite, par la bouche et par la narine du même côté, un pus excessivement fétide. A l'ouverture on trouva, en enlevant le crâne, une tumeur de la grosseur d'une aveline, remplie de matière purulente, fétide. La dure-mère et l'arachnoïde étaient en putréfaction ; la substance cérébrale sous-jacente était elle-même altérée et très-fétide.

Voilà une inflammation du cerveau et des méninges terminée par suppuration, et qui a donné lieu à une otorrhée cérébrale primitive. Il est difficile d'indiquer la première cause de cette inflammation, qu'aucun moyen n'a pu réprimer, et qui a marché avec une rapidité telle qu'elle a entraîné la mort en neuf jours. Sa progression n'est pas si prompte en générale : on trouve des exemples où elle a duré jusqu'à trois ans. Entre ces deux extrêmes, il en existe qui se prolongent quelques semaines ou plusieurs mois.

L'otorrhée qui se propage insensiblement de l'oreille vers l'intérieur du crâne n'a pas un mouvement constant. Dans quelques cas, la maladie de l'oreille a duré longtemps et date de la première jeunesse ; dans d'autres cas, elle ne remonte pas très-loin. Le traitement de cette otorrhée dépend de la cause de cette affection : si c'est une inflammation vraie, on lui oppose le concours des agents dirigés contre toutes les inflammations ; mais si elle est déterminée par une autre cause, et ce cas est le plus commun, il ne faut pas se méprendre au choix des moyens curatifs. C'est dans ces cas, plus ordinaires que l'on pense, où l'otorrhée tient essentiellement à une cause spécifique, qu'il faut se hâter de recourir aux ressources puissantes que l'art nous donne ; car c'est la seule voie pour prévenir les accidents les plus graves, et la mort même, comme nous l'avons montré.

On sait que la syphilis affecte les muqueuses et la substance des os par un privilége attaché à sa condition. Ici la méthode antiphlogistique interviendrait mal à propos comme base fondamentale du traitement. Si elle est utile, et l'on ne peut nier qu'elle ne convienne généralement au début de toutes les irritations, c'est pour émousser, pour ainsi dire, la pointe de la phlogose ; dès que cet excès est réprimé, on doit se hâter de mettre en pratique le traitement spécial. Le principe scrofuleux préside plus souvent que tout autre aux otorrhées primitives, surtout à celles qui remontent au premier âge. La proscription prononcée contre les antiphlogistiques, dans les cas d'otorrhées syphilitiques, s'étend, à plus forte raison, aux otorrhées scrofuleuses. Ici les affaiblissants ne sont guère de mise, même dès le commencement ; ce qu'il faut, c'est entretenir une chaleur douce et sèche dans la partie malade, c'est animer modérément la vitalité languissante de cette partie, au moyen de doux excitants, c'est appeler au secours de cette médication locale toutes les ressources pour modifier la disposition vicieuse de la constitution.

Il résulte de ce que nous venons de dire que c'est à tort qu'on envisage l'otorrhée sous un point de vue purement anatomique ou dans ses rapports avec le siége des organes affectés. En la considérant de cette manière étroite, on ferme les yeux sur les caractères essentiels de cette maladie, et l'on en méconnaît le diagnostic véritable et le traitement le mieux entendu. En l'étudiant par sa nature, on en distingue de plusieurs sortes. Les unes, et les plus communes, surviennent spontanément, à la fin de certaines maladies graves, et contribuent à leur guérison complète par une crise heureuse. Celles-ci doivent être respectées, car elles sont inoffensives par elles-mêmes, et si on en arrêtait le cours, on déterminerait tous les effets fâcheux d'une crise avortée. Une autre espèce se présente à l'observation comme la conséquence d'un état spécial de la constitution générale. Cette nouvelle espèce ne guérit point par une médication locale ; elle cède spontanément avec les révolutions de l'âge, ou lorsqu'elle persévère, elle réclame surtout un traitement général. Il y en a d'autres qui dépendent en effet primitivement de la lésion locale, soit de l'oreille, soit des organes contenus dans le crâne, soit des deux lésions ensemble. Ces otorrhées primitivement locales sont les seules qui exigent un traitement local dont la nature varie selon le principe de la lésion. D.

*Considérations pratiques sur le bubon, pour servir au traitement des affections syphilitiques;* par Am. Forget, chirurgien interne des hôpitaux.

Si l'esprit d'analyse appliqué aux sciences médicales a été fertile en heureux résultats, c'est surtout dans l'étude des maladies vénériennes. Grâce à la voie d'expérimentation ouverte dans ces dernières années par M. Ricord, les problèmes les plus complexes de la syphilis ont reçu une démonstration dont l'exactitude a imprimé une marche plus philosophique au diagnostic et au traitement d'un genre d'affections trop longtemps livrées à l'exploitation d'un empirisme aveugle, et aux funestes errements des théories systématiques.

Nos lecteurs se rappelleront, sans doute, les recherches sur lesquelles l'habile chirurgien de l'hospice du Midi a fondé, comme critérium infaillible de la virulence des symptômes réputés vénériens, le grand fait de l'inoculation.

Notre intention n'est pas d'y insister de nouveau; nous voulons seulement appeler l'attention des praticiens sur plusieurs points de l'histoire des bubons, qui nous paraît être la conséquence et le complément naturel des travaux publiés par M. Ricord lui-même sur le développement de la pustule du chancre.

Avant d'aborder les indications purement thérapeutiques, qui doivent être pour nous le point culminant des questions médicales soumises à notre examen, il est indispensable, dans l'intérêt même du traitement, d'exposer certains faits de doctrine propres à jeter sur lui de vives lumières.

D'abord, que faut-il entendre par ces mots, bubon vénérien? Serait-il rationnel, dans l'état actuel de la science, de confondre sous cette dénomination, en y rattachant la spécificité morbide caractéristique de la syphilis, tous les engorgements ganglionaires qui se manifestent consécutivement au coït? Non, assurément, car il est prouvé par des expériences nombreuses qu'il existe entre eux des différences tranchées, et sous le point de vue de leur essence pathologique actuelle, et conséquemment sous celui des éventualités morbides auxquelles ils peuvent consécutivement exposer les individus qui en sont atteints; le mot vénérien a-t-il pour but, dans la pensée de ceux qui l'emploient, de faire entendre que l'accident a suivi le rapprochement sexuel, d'établir, en un mot, la relation de cause à effet? nous sommes d'accord: le bubon est vénérien. Que si on prétend au contraire y rattacher l'idée de virulence, et en faire ainsi le présage certain de l'infection constitutionnelle et du développement possible de symptômes secondaires, nous nous inscrivons en faux et nous rejetons cette vicieuse interprétation.

Sans doute, le plus souvent le bubon est dû à l'absorption du virus syphilitique, porté en nature dans les glandes lymphatiques voisines: il est alors virulent d'absorption, ou symptomatique; je dis symptomatique, car la raison de son existence se trouve dans celle d'un chancre situé sur le trajet des vaisseaux lymphatiques.

Dès que le chancre est l'élément indispensable à la virulence d'un engorgement ganglionaire, qu'il en est pour nous le principe générateur, *sine quo non*, on comprend que le bubon consécutif à la blennorrhagie, à la balanite, aux excoriations et aux diverses déchirures du gland ne constitue pas plus un symptôme de vérole que celui dont l'existence est liée à une écorchure des orteils: c'est le bubon sympathique ou d'irritation.

Ce n'est pas tout: il existe une autre forme du bubon, au sujet duquel les syphilographes tant anciens que modernes se sont livrés à de nombreuses controverses: je veux parler de la tumeur glanduleuse consécutive à un rapport vénérien, survenue toutefois sans aucun symptôme primitif appréciable, qui pour cette raison a reçu le nom de *bubon d'emblée*.

Que nous apprend à cet égard l'observation des malades? D'abord qu'il est rare que le bubon dit d'emblée ne puisse pas être rapporté à quelque cause d'irritation dont les traces subsistent encore sur les organes génitaux ou dans leur voisinage.

J'ai souvent vu, à la consultation des vénériens, des malades accuser un bubon et rien qu'un bubon, développé après un coït impur opéré huit, dix et même quinze jours auparavant; leur demandait-on même avec instance si, antérieurement à ce symptôme, ils n'avaient rien remarqué d'insolite aux parties sexuelles, ils répondaient négativement. Et, chose bien remarquable, c'est qu'en découvrant le gland de ces mêmes individus, la plupart atteints de phimosis congénital, on y trouvait des inflammations, des érosions, quelquefois même des chancres, indolores et arrivés à la période de réparation. De ce que plusieurs fois on n'a rien trouvé qui puisse expliquer l'existence de l'adénite, faut-il en conclure qu'aucun symptôme primitif n'a existé? En se rappelant que le plus ordinairement c'est dix ou quinze jours après s'être exposés à la cause présumée de l'engorgement ganglionaire que les malades se présentent au médecin; que dans ce laps de temps un écoulement uréthral léger, une balanite, un chancre même, ont pu naître, vivre et s'éteindre, sans laisser aucun vestige de leur existence; et en tenant compte surtout de l'incurie des malades, qui va jusqu'à méconnaître et nier des symptômes actuels, le praticien comprendra avec quelle réserve il devra accepter ces bubons d'emblée, qui, lorsqu'ils existent réellement, constituent une adénite strumeuse simple, développée sous l'influence de l'irritation sympathique émanant des organes génitaux, fatigués par l'exercice immodéré du coït.

Pour soutenir avec quelques auteurs que le bubon d'emblée peut être virulent, admettra-t-on que le virus syphilitique est absorbé sur une surface muqueuse saine et revêtue de son épithélium sans produire la moindre altération dans la trame organique du tissu où il a été primitivement déposé? Autant vaudrait, à notre avis, proclamer les heureux effets de la méthode endermique appliquée sur la peau non préalablement dépouillée de son épiderme. Et que l'on ne cherche pas à couvrir cette vue erronée sous une fausse interprétation des lois d'imbibition s'exerçant sur nos tissus, car nous invoquerions à notre tour une arme puissante, inflexible, l'inoculation.

Ainsi, toutes les fois que du pus pris dans un bubon d'emblée suppuré, à quelque période qu'il

puisse être de sa durée, a été inoculé, jamais il n'a donné le chancre; jamais ce bubon, à notre connaissance, n'a été suivi, de symptômes secondaires; ce fait s'est si constamment reproduit devant nous, que, si du pus recueilli dans des circonstances, les mêmes du moins en apparence, venait à déterminer par son insertion sous la peau, la formation de la pustule du chancre, nous n'hésiterions pas à penser, comme M. Ricord, qu'un symptôme virulent primitif a existé à l'insu du malade, soit à la verge, soit à l'anus, soit ailleurs, mais toujours sur le trajet des vaisseaux lymphatiques absorbants.

Faut-il conclure de la liaison intime que nous venons de constater entre le chancre et le bubon, que celui-ci, né consécutivement au premier, soit toujours nécessairement virulent? Voici comment les faits répondent à cette question : si la tumeur ganglionaire est survenue dans les cinq ou six premiers jours de l'existence d'un chancre, c'est-à-dire dans sa période d'acuité, elle n'est pas virulente, le plus souvent elle est phlegmoneuse, simple, et due à l'irritation sympathique, c'est au contraire quand la période d'inflammation du chancre est passée, pendant celle de réparation, que le bubon virulent a coutume de se développer. Cette distinction, basée sur l'expérience, n'a rien qui doive surprendre; ne sait-on pas en effet que les surfaces enflammées qui suppurent, sont douées d'une puissance éliminatoire qui préside à un travail excentrique très-propre à rendre l'absorption difficile?

Au surplus, maintenant qu'il est bien démontré que la gravité des affections vénériennes n'est en raison ni du nombre, ni de l'étendue des symptômes virulents primitifs, il n'y a pas grand intérêt pratique à savoir si un bubon est ou n'est pas virulent, dès que l'existence d'un chancre est bien constatée.

Il est un fait relatif à l'inoculation du pus des bubons ganglionaires que nous ne devons pas omettre de signaler à l'attention des praticiens qui, dans le but de fonder un pronostic certain, seraient tentés de répéter l'expérience.

Nous avons vu plusieurs fois l'inoculation être suivie d'un résultat négatif, en d'autres termes, ne pas produire le chancre, quand on s'était servi du pus pris au moment même de l'ouverture artificielle d'un bubon; avait-on soin d'attendre que le premier jet de liquide purulent se fût entièrement écoulé, pour puiser la matière inoculable au sein des glandes lymphatiques elles-mêmes? l'inoculation alors ne manquait plus son effet.

D'où peut provenir cette différence de résultat? Elle provient sans aucun doute des différences de nature et de propriété qui distinguent le pus siégeant sous la peau, que nous appellerons cellulaire, de celui qui émane des glandes lymphatiques elles-mêmes. Ne sait-on pas, en effet, que le virus vénérien, transporté par voie d'absorption dans le système glanduleux, s'y centralise et constitue une sorte d'épine, de corps étranger, qui enflamme de proche en proche, et par contiguité, le tissu cellulaire environnant, dont la suppuration est simple, phlegmoneuse, tandis que les ganglions seuls sont livrés à l'action délétère du principe syphilitique?

Livrons-nous maintenant à l'appréciation de quelques-unes des circonstances qui paraissent influer sur le développement de la marche de l'adénite simple ou virulente, nous ouvrirons ainsi la voie du traitement prophylactique.

Est-il nécessaire de rappeler que les époques extrêmes de la vie, c'est-à-dire l'enfance et la vieillesse, sont moins souvent atteintes de la maladie qui nous occupe? Pour elles les conditions de repos sont plus strictement observées; or, n'est-il pas prouvé que la fatigue, la marche, sont les plus puissants adjuvants du virus vénérien? Il faut dire aussi qu'on s'expose plus rarement aux effets de la contagion.

C'est surtout le siége du symptôme inoculable primitif qui exerce une action toute directe sur l'origine et la nature du bubon. On sait qu'un rapport constant entre les vaisseaux absorbants de la surface ulcérée et ceux des ganglions lymphatiques est indispensable au développement de l'adénite virulente : ainsi les chancres de la face interne des cuisses ne l'ont jamais produite; tandis que ceux qui s'engendrent le plus fréquemment sont ceux du frein, puis de la partie inférieure du gland, ceux ensuite du prépuce, puis enfin ceux des parties latérales du gland, qui lui donnent lieu moins souvent. Chez la femme, les chancres agissent sur la formation des engorgements ganglionaires dans l'ordre suivant : en première ligne viennent ceux de la vulve, des parties contiguës au clitoris, du méat, et enfin les chancres de la face interne des petites lèvres.

Qu'on ne s'imagine pas que ces données soient exclusivement destinées à compléter l'historique de l'affection qui nous occupe : elles offrent, au contraire, un intérêt pratique fondé sur la certitude où nous sommes aujourd'hui que la méthode curative qui guérira le plus promptement le symptôme primitif inoculable est la meilleure, puisqu'en tarissant plus vite le foyer d'infection, elle laisse l'économie moins longtemps exposée aux chances fâcheuses de l'absorption virulente.

Dira-t-on qu'il y a quelque danger à brusquer ainsi les accidents primitifs; que hâter si précipitamment leur terminaison, c'est vouloir refouler le virus syphilitique de la périphérie au centre? A cette éternelle objection des partisans exclusifs des vieilles méthodes mercurielles, qui s'obstinent à voir dans le traitement des accidents primitifs par la cautérisation une cause puissante d'adénite consécutive, nous opposerons le langage des faits. Qu'on se reporte au début des tumeurs ganglionaires, et qu'on nous dise si on l'observe ordinairement dans les quatre ou cinq premiers jours qui suivent l'apparition du chancre; s'il n'a pas lieu, au contraire, presque toujours dans la deuxième et même troisième semaine de l'existence de ce dernier.

Dans cet état de choses, on comprend combien il est important d'employer tous les moyens capables de faire avorter le symptôme primitif. Or, il n'en est pas de plus propre à cet usage que le nitrate d'argent, doué en outre d'une propriété sédative par excellence. Je signale celle-ci à dessein; car, parmi les objections faites à la cautérisation des chancres, on a souvent dit qu'elle les enflammait, et produisait ainsi un très-grand nombre de bubons par irritation sympathique. Cette assertion est démentie par les faits. Aussi, que le praticien ne craigne pas de recourir au traitement abortif, et qu'il soit bien con-

vaincu que c'est la voie la plus sûre de prévenir le développement d'un bubon auquel le malade, continuant à se livrer aux fatigues de son état, n'eût probablement pas échappé si le chancre eût été abandonné à ses phases diverses.

Cela est si vrai, que rarement nous voyons les individus entrés à l'hôpital des vénériens avec un chancre immédiatement cautérisé, être atteints d'adénite.

Est-il utile d'insister sur la singularité de relation entre le chancre et le bubon : l'un, existant à droite, l'autre naissant à gauche, et *vice versâ;* cet effet croisé est suffisamment expliqué aujourd'hui par les recherches anatomiques qui ont demontré l'entrecroisement des vaisseaux lymphatiques sur la ligne médiane du corps.

Signalons en passant l'influence du tempérament lymphatique sur la production de l'engorgement ganglionaire; et n'omettons pas un fait d'observation subordonné d'ailleurs aux mêmes lois physiologiques que nous avons vu présider à l'absorption du virus, suivant les conditions morbides du chancre primitif, savoir : que l'absorption dans les ganglions où siége une inflammation scrofuleuse et suppurative s'opère bien plus difficilement que si les scrofules y existaient encore à l'état de crudité et d'indolence.

Sans vouloir retracer tous les détails classiques, marche et terminaisons de l'adénite, il est certaines particularités de diagnostic dignes, à notre avis, de nous arrêter un instant.

Le bubon virulent se développe très-rarement avant que le chancre ne soit entré dans sa période de réparation. C'est là, pour le praticien qui assiste à la naissance de ce symptôme secondaire, une donnée précieuse, qui pourra souvent éclairer ses doutes, si surtout il se rappelle que le bubon simple débute au contraire le plus souvent au moment même où la blennorrhagie, la balanite, ou enfin toute autre cause d'irritation a commencé à sévir.

Quelle que soit l'influence qui ait présidé à la formation de la tumeur, il est rare, à moins qu'il n'y ait, dès le début, adénite phlegmoneuse, ce qui constitue un fait exceptionnel, il est rare, dis-je, que le premier symptôme ne se révèle dans un ganglion dur, un peu douloureux, hypertrophié, le plus souvent sus-aponévrotique, isolé du tissu cellulaire où l'on peut ultérieurement suivre les progrès de la maladie.

Sans doute les ganglions lymphatiques profonds peuvent être envahis par l'inflammation; nul doute qu'alors on ait vu de vastes et profondes suppurations se creuser par la fonte du tissu graisseux, d'immenses clapiers au sein de la région iliaque; mais ce sont là des désordres consécutifs dont l'étude sort du cadre que nous nous sommes tracé.

Il est important de signaler certains caractères propres à la fluctuation étudiée sur les bubons. Ce point de diagnostic est souvent fort épineux; nous ne saurions mieux comparer les difficultés qui l'entourent, qu'à celles qui obscurcissent très-fréquemment les abcès du testicule.

Il arrive, et nous l'avons observé, que des tumeurs glanduleuses considérables existant depuis longtemps à l'état de fluctuation s'accompagnent des symptômes généraux de suppuration, sans cependant que celle-ci soit annoncée par aucun signe local. Le toucher constate au contraire la dureté de la tumeur, partout solide et compacte, du moins en apparence. Que le praticien y prenne garde; cette couche ganglionaire indurée peut constituer le plafond d'un énorme abcès fourni par le tissu cellulaire profond qui seul a suppuré.

Dans ces cas difficiles, il arrive, qu'en explorant avec plus d'attention, on trouve sur ce vaste plateau d'induration un point circonscrit de toutes parts par une sorte d'anneau résistant, au centre duquel la peau un peu amincie se laisse déprimer, et s'enfonce en quelque sorte comme un doigt retourné sur lui-même. En plongeant le bistouri dans ce cercle étroit, on donne issue à une énorme quantité de pus provenant souvent de l'intérieur du bassin.

Des terminaisons du bubon, la plus fréquente est, sans contredit, l'induration. Favorisée par la nature même des organes affectés, il est utile de ne pas oublier que certains états constitutionnels, le lymphatisme surtout, a sur sa production et sa persistance une influence des plus marquées. Qui n'a pas été frappé de la ténacité avec laquelle trop souvent ces tumeurs ganglionaires semblent vouloir s'éterniser?

Insister sur cette forme de la maladie, ce n'est pas seulement esquisser un trait de sa physionomie historique, c'est prendre occasion de rappeler au praticien qu'il doit modifier sa thérapeutique, car l'anatomie pathologique a appris que souvent ce n'est plus tant à un symptôme vénérien qu'on a affaire qu'à une altération de tissu, qui, pour être rendu à son état physiologique normal, réclame l'emploi raisonné d'agents médicateurs nombreux, dont l'effet curatif a souvent besoin, pour se produire, d'une longue expectation de la part du médecin.

Savoir attendre est le grand art du thérapeutiste. On oublie trop ce précepte sur lequel M. Lisfranc a tant raison d'insister, lui qui, dans ses études sur les maladies chroniques, a pu se convaincre qu'un très-grand nombre d'insuccès dépend de la précipitation avec laquelle on passe trop souvent d'un remède à un autre, de cet autre à un nouveau, sans laisser à aucun le temps nécessaire au développement de sa vertu curative : heureux encore, disons-nous avec le célèbre chirurgien que nous venons de citer, si cette brusquerie dans le traitement n'imprime pas à l'affection, simple jusqu'alors, une tendance invincible à la dégénérescence squirrheuse et même cancéreuse.

Est-il nécessaire de rappeler que telle peut être en dernière analyse, la terminaison du bubon, qu'assez souvent encore on l'a vu, par suite d'une transformation due comme celle qui précède à l'idiosyncrasie des sujets, et que la syphilis seule serait impuissante à produire; on l'a vu, dis-je, revêtir tous les caractères des scrofules, et constituer de véritables écrouelles.

Sans évoquer les diverses complications hémorrhagiques, gangréneuses, scorbutiques et autres des bubons, qui d'ailleurs sont en dehors du cercle que nous nous sommes tracé, abordons la thérapeutique.

Laissant de côté les diverses puissances prophylactiques qui ressortent naturellement de l'examen étiologique auquel nous nous sommes livré, passons de suite à la recherche des moyens capables de faire

avorter la maladie; car, pour tous ceux qui ont secoué les préjugés grossiers du vieil humorisme, la question du traitement abortif est définitivement jugée, que l'adénite soit virulente ou non.

Le moyen le plus sûr d'enrayer sa marche est, sans contredit, le repos aidé d'une compression méthodique, mais qui ne doit jamais aller jusqu'à produire de la douleur. S'il y avait doute à cet égard, je dirais que M. Ricord a remarqué que les individus porteurs d'un bandage herniaire bien fait sont rarement atteints de bubon du côté où le bandage est appliqué. Quand la maladie résiste, et que d'ailleurs elle ne s'accompagne que d'un très-faible degré d'inflammation, on peut recourir avec succès à des résolutifs doux, tels que les compresses imbibées d'eau blanche, d'une solution ammoniacale, à l'emplâtre de Vigo, à l'iodure de plomb uni à la ciguë, aux cataplasmes simples ou résolutifs. L'inflammation est-elle plus forte, on emploie avec succès d'abord les saignées locales, puis les émollients alliés aux sédatifs et aux narcotiques, et plus spécialement le laudanum de Rousseau appliqué sous forme de fomentations. A l'aide de cette thérapeutique, nous avons vu se dissiper, dès le début, un grand nombre de bubons simples, sympathiques ou d'emblée.

Une méthode due à M. Malapert, reproduite par M. Renaud, consiste à pratiquer, sur la tumeur ganglionaire, une cautérisation à l'aide d'un vésicatoire dont la largeur doit être proportionnée, suivant M. Ricord, à la base de l'induration. Une fois que l'épiderme est enlevé, on recouvre, dans la moitié de son étendue, la surface ulcérée avec un plumasseau de charpie de trois lignes d'épaisseur, imbibé d'une solution de deuto-chlorure de mercure faite d'après la formule suivante :

Prenez : Eau distillée. . . . . deux gros.
Deuto-chlorure de mercure, vingt grains.

On peut remplacer le sublimé corrosif par le sulfate de cuivre à la dose de deux ou trois gros par once d'eau. On fixe ce caustique sur la surface du vésicatoire; quant à la durée de son application, il faut consulter l'idiosyncrasie et la sensibilité si variables comme on sait, suivant les individus.

Cependant, pour obtenir l'effet désiré, il est nécessaire qu'il y ait formation d'une eschare intéressant une partie du derme, ce qui exige au moins deux heures pour l'application du médicament.

On couvre immédiatement l'eschare d'un cataplasme laudanisé, et, dès le lendemain, on le remplace par des compresses d'eau de Goulard; on insiste sur les réfrigérants, jusqu'à ce que l'eschare soit tombée. Ce résultat obtenu, on panse simplement la plaie avec un linge fenêtré, enduit de cérat; par-dessus, on continue l'eau blanche. Dans le cas où il existe une douleur vive, la solution aqueuse d'extrait d'opium a de bons effets.

Si la tumeur résiste, ou se retranche dans un *statu quo* dont elle ne sort que pour s'accroître un peu, il faut répéter l'application du moyen. Toutefois, comme il est douloureux, qu'il laisse une cicatrice indélébile, que les moyens simples réunissent ordinairement dans l'adénite non virulente, il nous paraît sage d'imiter la conduite de M. Ricord, qui ne l'emploie que dans les cas où l'existence d'un chancre peut faire craindre le développement d'un bubon d'absorption.

Les moyens abortifs ont-ils échoué? l'inflammation continue-t-elle ses progrès? il faut recourir, suivant la nature des indications, quelquefois à la saignée du bras, le plus souvent aux évacuations sanguines locales. Celles-ci seront larges et copieuses pour que leur action soit déplétive; on appliquera trente ou quarante sangsues plutôt que vingt. Mais quel sera le siége de leur application? les disséminera-t-on indistinctement sur toute la surface de la tumeur? Qu'on s'en garde bien, surtout si on a la plus faible raison de redouter une adénite virulente; car, si elle vient à suppurer, la matière purulente en contact avec les morsures de sangsues les convertira bientôt en autant de chancres qui, à la rigueur, pourront produire à leur tour de nouveaux engorgements ganglionaires. C'est à la circonférence de la tumeur et même à quelques lignes au delà qu'il convient de poser les annélides.

Malgré l'emploi de ces divers moyens abortifs, l'inflammation ganglionaire a continué sa marche, et elle s'est terminée par suppuration. Faut-il alors ne donner issue au pus qu'après avoir épuisé les diverses méthodes propres à en favoriser la résorption? Dans ces derniers temps, on a fait grand bruit de vésicatoires et de la solution caustique appliquée dans le but de produire ce que l'on a appelé une transpiration purulente. Nous pensons, avec le chirurgien de l'hôpital des Vénériens, que la résorption du pus est le fait exceptionnel; qu'on peut l'espérer quand le foyer est peu étendu, sans altération de la peau, et pour l'adénite non virulente. Mais comme le plus souvent le foyer s'agrandit, la peau s'altère, s'amincit, se décolle; la prudence commande d'ouvrir tout bubon suppuré dès que la présence du pus peut être bien constatée. On évitera les clapiers, les décollements, en pratiquant l'incision suivant le grand diamètre de la tumeur. Ainsi, elle sera faite dans la direction du pli inguino-crural pour les bubons inguinaux, et parallèlement à l'axe de la cuisse pour ceux qui sont verticalement situés à la région crurale supérieure et interne.

La ponction suffit quand l'abcès ganglionaire est très-circonscrit.

Dans le cas contraire, il faut inciser largement, surtout si la peau est amincie et dédoublée de son tissu cellulaire. Cet amincissement peut être tel qu'il rende impossible le recollement avec les tissus sous-jacents. On doit alors reséquer toute cette portion de peau avec l'instrument tranchant, et, ce qui vaut mieux, la détruire à l'aide de la pâte de Vienne qui, ainsi que les faits le démontrent, produit une réaction inflammatoire très-salutaire, et souvent la neutralisation complète du principe virulent.

Quand le pus est profondément situé, nous croyons rationnel de prendre quelques précautions pour éviter la lésion de vaisseaux et nerfs importants.

On incisera lentement, couche par couche, jusqu'à ce que l'on soit arrivé dans le foyer; alors on agrandira l'ouverture en se servant de la sonde cannelée.

Faut-il employer une mèche après l'incision de l'abcès? Son usage ne nous a paru utile que pen-

dant vingt-quatre heures, surtout si le bubon est virulent.

Si l'adénite est simple, la maladie suit exactement la marche de tous les abcès simples ou scrofuleux; le traitement doit en être le même.

En est-il ainsi du bubon consécutif à un chancre, ou d'absorption? Souvent, dès les premiers jours, le foyer se creuse; les bords de son ouverture s'ulcèrent, et il tend à revêtir la physionomie du chancre. M. Ricord oppose avec succès à cette tendance fâcheuse la poudre de cantharides dont il remplit le foyer, et recouvre le tout d'un vésicatoire. Le lendemain, s'il y a de l'induration, on panse le vésicatoire avec l'onguent mercuriel, se réservant d'appliquer de la charpie chargée de vin aromatique dans le foyer. En un mot, le traitement du bubon virulent suppuré rentre dans celui du chancre. Nous renvoyons, pour de plus amples détails, à l'excellent traité pratique que vient de publier le chirurgien des Vénériens.

Il nous reste, pour compléter notre œuvre, à exposer les points principaux du traitement qui convient contre la tumeur ganglionaire terminée par induration: c'est le traitement des bubons indolents.

En première ligne, on doit placer le repos. Vient ensuite l'emplâtre de Vigo que l'on enlève soir et matin pour faire une friction avec un demi-gros ou un gros d'onguent mercuriel. Après chaque friction, on réapplique l'emplâtre.

La compression à l'aide du spica ou d'un bandage approprié, mais toujours régulière et très-méthodique, produit les plus heureux effets. Il est superflu d'ajouter que, pour les cas qui nous occupent, comme pour les engorgements blancs en général, il faut graduer la compression, la doser, pour ainsi dire, suivant les indications qui ressortent de l'état même de la maladie.

Les frictions mercurielles déterminent-elles de la salivation? on les remplace par celles avec la pommade d'hydriodate de potasse simple ou iodurée; mais il faut avoir soin de bien enlever l'onguent mercuriel, car, pour peu qu'il en reste sur la peau, il se détermine, avec l'hydriodate de potasse, un composé chimique très-caustique qui enflamme et peut excorier le derme. Ajoutons d'ailleurs que, si ce mélange d'onguent mercuriel et d'hydriodate de potasse peut avoir des inconvénients lorsqu'il n'est pas indiqué, il peut aussi offrir des avantages réels quand on cherche à produire une excitation résolutive. On atteint encore ce dernier résultat, mais peut être moins sûrement, avec l'huile de croton et le tartre stibié.

Le bubon résiste. Que faire? recourir, comme dans la méthode abortive, au vésicatoire et à la solution caustique. Il résulte de nombreux essais comparatifs tentés à l'hôpital des Vénériens, que c'est évidemment le traitement le plus efficace pour amener la résolution. Voici comment s'en fait l'application:

Une fois que l'eschare est formée, on fait une onction avec l'onguent mercuriel, et l'on couvre de cataplasmes. Après la chute de l'eschare, on entretient la suppuration en touchant la partie ulcérée tous les deux ou trois jours avec un pinceau imbibé de la solution caustique, de manière à en mouiller la surface. Si la cicatrisation arrive quand même, on met de nouveaux vésicatoires, et on réapplique la solution; ainsi de suite jusqu'à disparition de la tumeur ou jusqu'à la formation du pus (1).

Car la suppuration des bubons indolents est souvent une terminaison avantageuse due à l'emploi des divers excitants que nous venons d'examiner.

Dirai-je que dernièrement M. le docteur Malgaigne a mis au jour une nouvelle méthode de traitement qui consiste à produire, par une compression mécanique suffisante, l'*écrasement* du bubon. Malgré les succès obtenus par M. Malgaigne, nous pensons que ce moyen très-douloureux et capable de déterminer des accidents sérieux ne doit être tenté que dans les cas extrêmes.

Nous avons vu réussir quelquefois les frictions faites sur la peau tous les jours ou tous les deux ou trois jours avec la teinture d'iode; cet agent thérapeutique, dont l'action trop irritante a besoin d'être mitigée quelquefois par l'addition d'une faible quantité d'eau, nous paraît encore devoir être tenté avant l'écrasement.

Est-il nécessaire de rappeler que le tempérament lymphatique et la constitution scrofuleuse exigent un traitement médical? Les amers, le sirop de gentiane, et surtout dans le cas où il existe un affaiblissement marqué, un régime fortifiant, sont formellement indiqués. C'est dans ces circonstances que M. Ricord administre avec avantage le proto-iodure de fer à la dose de dix, douze, quinze, vingt grains par jour.

Quant au traitement anti-syphilitique général, il est rationnel d'y avoir recours toutes les fois qu'il existe des présomptions en faveur d'une induration ganglionaire reconnaissant pour cause l'action du pus du chancre.

Enfin, les transformations squirrheuses et les dégénérescences cancéreuses des ganglions engorgés exigent l'emploi des moyens chirurgicaux.

Nous nous arrêtons devant cette question qui rentre dans le domaine de la pathologie générale, et dont l'examen conduirait au delà des limites que nous nous sommes posées. AM. FORGET.

---

*Note sur le laudanum de Rousseau, et formules de plusieurs composés dont il est la base médicamenteuse;* par M. BÉRAL.

M. Guibourt a constaté par des expériences que le laudanum de Rousseau, mesuré par gouttes, accusait à la balance un poids variable, suivant la grandeur du vase d'où on faisait tomber les gouttes. Il s'est aussi assuré que, lorsque la fermentation du miel n'avait pas été complète, le laudanum conservait plus de viscosité, et que cette circonstance était une seconde cause d'irrégularité dans le mesurage par gouttes.

Ces faits, qui ne sont pas sans importance en médecine, ont déterminé notre savant confrère à proposer d'abandonner la prescription par gouttes, et de lui substituer celle en poids.

Mais, d'une part, le narcotique de l'abbé Rousseau

(1) Voir le Traité pratique des maladies vénériennes par Ph. Ricord, 1838.

n'est employé qu'à des doses minimes, et, de l'autre, il est certain qu'avec les balances dont on se sert pour les travaux journaliers du pharmacien, il est, sinon impossible, du moins très-difficile de peser avec exactitude quelques grains d'un liquide quelconque.

Frappé de la gravité de ces inconvénients, lorsque surtout il s'agit d'un médicament aussi énergique que celui qui nous occupe, nous allons exposer ici plusieurs formules dans lesquelles le laudanum de Rousseau est associé au sucre, parce que les préparations qui en font le résultat permettent de doser e laudanum avec facilité et précision.

Nous ferons précéder ces formules non-seulement de celles du laudanum de Rousseau lui-même (la formule du Codex offrant quelques imperfections), mais encore du mode préparatoire de son extrait.

*Laudanum de Rousseau.*

| | |
|---|---|
| Miel blanc. . . . . | 48 onces. |
| Opium de Smyrne . . . . | 16 onces. |
| Eau distillée . . . . . | 16 livres. |
| Levure de bière. . . . . | 16 gros. |

On verse l'eau dans un matras en verre à ouverture étroite, et l'on y introduit l'opium coupé par tranches; lorsqu'il est dissous, on délaie la levure dans le mélange, et l'on y ajoute le miel préalablement liquéfié. On laisse fermenter jusqu'au moment où toutes les parties insolubles n'étant plus soulevées à la surface du liquide par l'acide carbonique, vont occuper le fond du vase, ce qui exige ordinairement quinze jours.

On filtre, et l'on distille au bain-marie, pour retirer trente-deux onces de liqueur alcoolique.

On prend d'autre part la liqueur restée dans le bain-marie, et on l'évapore de manière à la réduire exactement à trente-deux onces que l'on mêle avec l'alcool opiacé. On filtre de nouveau après quelques jours de repos.

Pour que la fermentation puisse s'établir dans le mélange, marcher régulièrement et être complète, il est nécessaire d'agir à une température d'environ vingt-cinq degrés, ou de porter et entretenir le mélange à ce degré de chaleur, au moyen d'une lampe que l'on place au-dessous d'un bain de sable sur lequel repose le matras.

*Extrait de laudanum de Rousseau.*

Rien n'est plus facile que la préparation de cet extrait; elle consiste tout simplement à évaporer du laudanum de Rousseau à la chaleur du bain-marie, jusqu'à ce qu'il ait acquis une consistance pilulaire.

Huit onces de laudanum fournissent assez exactement une once d'extrait.

Une partie doit donc produire les mêmes effets narcotiques que huit parties de laudanum.

On s'en sert pour former des pilules, soit seul, soit mélangé avec d'autres ingrédients.

*Saccharure de laudanum de Rousseau.*

| | |
|---|---|
| Sucre blanc en poudre grossière. . | 47 gros. |
| Laudanum de Rousseau . . . . | 8 |

Mêlez le sucre et le laudanum en les broyant ensemble dans un mortier; faites sécher le mélange à l'étuve ou à la chaleur du bain-marie, et réduisez-le en poudre.

Le produit sera de. . . . . 48 gros.

*Puissance narcotique du saccharure de laudanum de Rousseau.*

Saccharure.

| | | |
|---|---|---|
| 6 gr. équivalent à | laudanum de Rousseau. | 1 gr. |
| | ou opium brut . . . | 1/4 |
| | ou extrait d'opium. . | 1/8 |
| 12 gr. équivalent à | laudanum de Rousseau. | 2 |
| | ou opium brut . . . | 1/2 |
| | ou extrait d'opium. . | 1/4 |
| 18 gr. équivalent à | laudanum de Rousseau. | 3 |
| | ou opium brut . . . | 3/4 |
| | ou extrait d'opium. . | 3/8 |
| 24 gr. équivalent à | laudanum de Rousseau. | 4 |
| | ou opium brut . . . | 1 |
| | ou extrait d'opium. . | 1/2 |

Ce saccharure est destiné à remplacer le laudanum de Rousseau; il doit lui être préféré, à cause de la facilité avec laquelle on peut le doser exactement.

Son action médicinale et celle du laudanum de Rousseau sont identiques; car rien, dans la préparation du saccharure, ne peut modifier la nature des principes de l'opium.

Le saccharure de laudanum de Rousseau se dissout avec la plus grande facilité dans tous les liquides de nature aqueuses. On peut le faire prendre dans un peu de confiture, le dissoudre dans une potion, l'associer à une foule d'autres médicaments.

*Tablettes de laudanum de Rousseau.*

| | |
|---|---|
| Sucre Raguenet en poudre. . . . | 69 onces. |
| Laudanum de l'abbé Rousseau. . . | 4 |
| Mucil. de gomme arab. à la fleur d'orange, environ. . . . . | 7 |

Mettez le sucre dans un mortier; ajoutez-y le laudanum; mêlez exactement; faites sécher à l'étuve, et passez au tamis. Ajoutez à ce saccharure la quantité de mucilage nécessaire pour en former une pâte ferme et maniable, et façonnez-la en tablettes de forme ovale et du poids de vingt grains, lesquels, après dessiccation, pèseront. . . . 18 grains.

Chaque tablette représente exactement :

| | |
|---|---|
| 1/18e de son poids de laudanum de Rousseau, ou. . . . . | 1 grain. |
| 1/72e de son poids d'opium brut, ou. . | 1/4 |
| 1/144e de son poids d'extrait de laud. de Rousseau, ou. . . . . | 1/8 |
| Ce qui revient à | |
| 1 grain de laudanum de Rousseau dans. | 1 tablette. |
| 1 grain d'opium brut dans. . . . . | 4 |
| 1 grain d'extrait de laudanum de Rousseau dans . . . . . | 8 |

Chaque tablette contenant un grain de laudanum de Rousseau, elle constitue un moyen facile et commode d'administrer ce narcotique, et qui permet en outre d'en régler les effets suivant le besoin.

---

*Note sur la préparation d'un sirop de polygala de Virginie.*

| | |
|---|---|
| Polygala de Virginie en poudre. . . | 4 onces. |
| Eau commune . . . . . | 1 livre. |
| Sirop de sucre . . . . . | 4 livres. |

On fait un mélange de la livre d'eau et du polygala, et l'on recueille, sous un filtre de papier joseph, la totalité du liquide employé, en recourant au déplacement.

Ce simple traitement suffit pour épuiser presque complétement la poudre; cependant, pour ne rien laisser à désirer, on continue les affusions aqueuses jusqu'à ce qu'on ait réalisé une nouvelle quantité d'hydrolé, dont le poids doit s'élever à huit onces.

Alors on place sur le feu ce dernier produit et le sirop simple; on fait réduire le tout à trois livres; on additionne le saccharolé de la livre d'hydrolé recueillie en premier lieu, et on le coule immédiatement.

Diverses formules de sirop de polygala sont consignées dans la *Pharmacopée universelle* de M. Jourdan. Aucune ne renferme des proportions bien conformes aux règles voulues, pas plus que les moyens manuels conseillés. J'ai cru plus convenable d'établir la base de l'agent thérapeutique dans la proportion d'un seizième, et d'appliquer à sa préparation la dilution, attendu que le polygala est doué d'assez de puissance, et qu'il est d'ailleurs assez altérable par l'action de la chaleur, pour que le sirop figure, par rapport à lui, dans une proportion multiple, et pour qu'il soit important, ou au moins utile, de le soustraire à l'influence de cet agent destructeur.

Il est du reste inutile d'ajouter que je ne me suis arrêté à la dilution qu'après avoir essayé sans aucun succès la méthode de déplacement, dégagée de tout auxiliaire. Le polygala est en effet, comme l'a reconnu également M. Soubeiran, un de ces corps végétaux qui se montrent tout à fait réfractaires au déplacement, par leur nature par trop tuméfiable.

Le sirop de polygala senega est un excitant utile contre les affections bronchiques qui offrent un caractère de chronicité, et qui réclament le secours des expectorants puissants; il est diurétique, apéritif. Dans les cas qui nécessitent son emploi sous ces divers rapports, il est bien de l'administrer à des doses qui ne dépassent guère une once; dans ceux qui veulent qu'on le fasse agir comme émétique et purgatif tout à la fois, il doit être employé à des doses plus fortes, attendu qu'il peut alors produire ce double effet. E. Mouchon.

---

*Sur le mode de préparation et les formes les plus convenables du peroxyde de fer hydraté, en tant qu'il doit servir de contre-poison de l'acide arsénieux;* par MM. Bunsen et Berthold.

Le meilleur procédé pour obtenir ce corps à l'état de pureté consiste à suroxyder à chaud par l'acide nitrique une dissolution de sulfate ferreux pur, à précipiter la dissolution par de l'ammoniaque caustique en excès, et à laver l'hydrate de peroxyde par décantation; il ne faut toutefois pas perdre de vue que la dissolution du sel ferreux doit être complétement opérée avant d'y ajouter l'acide nitrique par petites portions : autrement il se sépare une quantité considérable de sulfate neutre de peroxyde, qui se précipite sous forme d'une poudre jaunâtre, et n'est qu'extrêmement peu soluble. Le chloride de fer se prête d'autant moins à la préparation de ce corps, que l'on court le risque, dans la précipitation à l'aide de l'ammoniaque, de l'obtenir mélangé d'une grande quantité de chlorure de fer basique. Pour ne point enlever son eau à l'hydrate de peroxyde précipité, et par ce moyen diminuer le moins possible son faible état d'agrégation, on ne le filtre pas, mais, après l'avoir laissé déposer pendant quelques jours et avoir décanté le liquide qui le surnage, on le conserve sous l'eau dans des vases fermés.

Quelque simple que soit le procédé indiqué pour la préparation de l'antidote, on n'a cependant pas manqué d'y apporter des modifications, dont quelques-unes sont si peu convenables, que nous croyons utile d'ajouter quelques remarques à ce sujet. Il est avant tout une pratique que l'on doit rejeter : c'est celle d'employer un autre alcali que l'ammoniaque pour la précipitation de l'hydrate de peroxyde de fer, ainsi que l'ont fait quelques personnes; en effet, la moindre quantité d'alcali retenue dans le précipité donnerait lieu à la formation d'un arsenite, qui se soustrait complétement à la précipitation par l'hydrate de peroxyde de fer, parce que ce corps peut bien triompher de l'affinité de l'ammoniaque pour l'acide arsénieux, mais non de celle de la potasse ou de la soude pour le même acide. Il faut aussi renoncer à l'idée de pouvoir, en employant un sel de peroxyde mêlé d'oxyde de cuivre, débarrasser le précipité obtenu de cet oxyde par un excès d'ammoniaque : cette séparation est, comme on sait, toujours incomplète. Mais il est tout à fait inconcevable que l'on ait pu, en s'appuyant sur quelques expériences extrêmement inexactes sur les animaux, recommander la conservation et l'emploi de l'antidote à l'état sec, bien que les nombreuses recherches déjà entreprises aient, d'accord avec les nôtres, conduit à ce résultat, que l'action du peroxyde de fer est nulle, et celle de l'hydrate sec incomplète, ainsi qu'aurait dû déjà le faire prévoir ce simple fait, que l'hydrate sec ne précipite jamais complétement à froid l'acide arsénieux. Cette recommandation de sécher le produit semble être dictée par l'opinion erronée que l'hydrate s'altère et perd son efficacité par une longue conservation. Nous pouvons réfuter avec certitude cette manière de voir, puisque nous avons trouvé qu'un précipité hydraté de peroxyde provenant de carbonate ferreux renfermé dans la cavité d'une masse de travertin (*chaux carbonatée édimentaire*) qui s'était

déposée sous l'eau, avait conservé toute son efficacité ; et les conditions géognostiques de la masse de travertin en question y démontrent que plusieurs siècles au moins avaient dû s'écouler sur ce dépôt. Ce précipité de peroxyde ne devait son action qu'à son état hydraté gélatineux, qui s'était parfaitement conservé sous la couche d'eau dans laquelle il s'était déposé; mais ce serait une grande erreur que de vouloir attribuer la même efficacité à l'ocre sec, au fer oxydé des marais, ou au fer oxydé argilifère : ces substances sont, en raison de leur état d'agrégation, aussi inertes que le dépôt produit dans l'eau où les forgerons éteignent leur fer, dépôt qui n'est pas formé d'hydrate de peroxyde, mais bien d'oxyde ferroso-ferrique : et même ce dernier corps n'est pas seulement inerte; mais, à cause des arêtes aiguës qu'il présente, il ne pourrait produire que des effets funestes.

---

*Formules de différents cosmétiques.*

Tout récemment, M. Chevallier a fixé l'attention des médecins sur les inconvénients de l'usage de certains cosmétiques, et a signalé les accidents graves qu'ils peuvent déterminer; pour compléter ce qu'il a dit à ce sujet, nous publions les formules de différentes préparations de cette nature, qu'il a consignées dans le journal de chimie médicale. Ces formules sont celles de cosmétiques qui ont été déposés à l'Académie de Médecine, ou qui ont été saisis par ordre de l'autorité, par suite d'accidents qu'ils auraient déterminés.

*Eau pour teindre les cheveux.*

| | | |
|---|---|---|
| 1re *Liqueur*. | Pierre infernale. . . | 1 gramme. |
| | Eau. . . . . | 9 |

Faites une solution.

| | | |
|---|---|---|
| 2e *Liqueur*. | Sulfure de potasse. . . | 1 gramme. |
| | Eau. . . . . | q. suf. |

On peigne les cheveux avec un peigne trempé dans la solution de sulfure; on enduit la peau du front, des tempes, avec de la pommade de concombres; puis on peigne les cheveux avec le peigne trempé dans le nitrate d'argent.

Malgré l'emploi du sulfure de potassium dissous dans l'eau, malgré l'emploi de la graisse, des accidents assez graves ont été la suite de l'emploi de la solution de nitrate d'argent dans la proportion indiquée.

La solution de nitrate d'argent est cependant vendue par la plupart des parfumeurs qui lui donnent les noms d'*Eau noire*, d'*Eau d'Égypte*, d'*Eau grecque*, etc., et qui souvent ignorent sa composition.

*Épilatoire du sérail.*

| | | |
|---|---|---|
| Sulfure jaune d'arsenic. | 7 gram. | 5 décig. |
| Sulfure rouge d'arsenic. | 10 | 6 |
| Chaux vive éteinte. . . | 75 | |

On délaie dans l'eau une petite quantité de cette poudre de manière à en former une pâte assez épaisse, que l'on applique sur la partie que l'on veut épiller ; on laisse sécher, on l'humecte de nouveau, et on l'enlève légèrement avec un couteau d'ivoire.

Le sulfure d'arsenic jaune du commerce étant selon M. Guibourt, un faux orpiment, composé de 94 parties d'acide arsénieux et de 6 parties du sulfure d'arsenic, il en résulte que cet épilatoire donne souvent lieu à des boutons, à des érysipèles, et que si la peau était gercée ou dénudée, il pourrait en résulter des accidents très-graves.

Ce produit, comme le précédent, est vendu par des marchands de cosmétiques, qui, pour la plupart n'en connaissent ni les propriétés ni la composition, et qui achètent ce produit pour le revendre, sans comprendre quelle est leur responsabilité.

*Crème de Turquie pour blanchir la peau.*

| | |
|---|---|
| Céruse très-blanche et très-fine (blanc d'argent) . . . . . | 10 part. |
| Talc en poudre très-fine. . . . . | 12 |
| Graisse ou pommade de concombres. . | 78 |
| Essence de rose ou autre . . . . . | q. suf. |

On fait du tout une pommade que l'on étend sur les mains, les bras, et plus particulièrement sur le visage, en se servant d'un papier de soie.

L'emploi de cette pommade peut donner lieu, par absorption, à des coliques saturnines, surtout si l'on considère que ceux qui l'emploient ont la peau nette, et que l'absorption cutanée peut se faire avec plus de facilité.

*Pâte* dite *Circassienne.*

| | |
|---|---|
| Savon blanc . . . . . | 12 part. |
| Graisse bien lavée et bien blanche. | 50 |
| Céruse très-fine . . . . . | 30 |
| Poudre d'iris . . . . . | 8 |

Essences de rose, de citron, etc., à volonté. On fait, selon l'art, une pommade qui est destinée à blanchir la peau, et particulièrement les mains. Comme pour la précédente, il peut résulter de l'emploi de cette pommade des accidents dus au carbonate de plomb qui entre dans sa composition.

La plupart des pommades de couleur blanche, vendues par les marchands de cosmétiques, sont formées d'axonge à laquelle on incorpore soit le carbonate de plomb, dit blanc d'argent, soit le sous-nitrate de bismuth, dit blanc de fard. Quelques-unes d'elles ne contiennent que du talc divisé et aminci en une poudre très-ténue.

—

*Sur quelques cas intéressants de phlébite.*

Les hôpitaux sont une mine inépuisable de faits instructifs pour celui qui sait les parcourir. Nous avons, il y a peu de temps, mentionné les bons résultats que M. Pasquier, chirurgien des Invalides obtenait des lotions opiacées dans certaines inflammations externes, notamment dans les panaris. Voici des succès autrement importants, puisqu'ils se rapportent à une des affections chirurgicales les plus graves, la phlébite. Cinq vieillards invalides de la salle de la Valeur ont présenté successivement, dans ces dernières semaines, une inflammation de la saphène interne, ayant pour cause, chez tous ces malades, la présence d'ulcères variqueux ou atoniques sur le trajet de ce vaisseau. Deux de ces sujets surtout ont été gravement affectés; ils étaient couchés, l'un au n° 18, l'autre au n° 46 de la salle de la Valeur. L'inflammation avait acquis le plus haut degré d'intensité. La veine saphène apparaissait, dans tout son trajet jusqu'à son confluent avec la veine crurale, à l'extrémité intérieure du canal crural, sous la forme d'un cordon rouge tendu et extrêmement sensible. Des saignées générales et plusieurs applications de sangsues à la région inguinale ont été nécessaires dans ces deux cas. Après ce traitement antiphlogistique énergique nécessité par l'intensité du mal, l'on a eu recours aux fomentations fortement opiacées sur toute l'étendue du membre, et la maladie s'est terminée heureusement. Dans les cas moins graves, surtout quand la phlébite est prise au début, on peut en triompher par les applications seules. Voici le mode d'emploi qui est suivi par M. Pasquier. On fait une forte décoction de racine de guimauve et de têtes de pavots, et, dans deux pintes de cette décoction, l'on fait dissoudre un gros d'extrait gommeux d'opium. Ces deux pintes servent pour les vingt-quatre heures. On trempe des compresses longuettes dans le liquide opiacé, et on les croise lâchement sur le membre dans le trajet du vaisseau enflammé, du taffetas gommé enveloppe le tout, et chaque demi-heure ou trois quarts d'heure, plus ou moins, on défait ce dernier, sans imprimer de secousse au membre, pour arroser avec la solution opiacée les pièces desséchées de l'appareil.

Par ce simple traitement, on est parvenu à arrêter le développement de phlébites qui pouvaient être très-graves. Il ne faut pas perdre de vue qu'il s'agit de vieillards débilités, appauvris, ayant des ulcères atoniques; en serait-il de même chez des sujets robustes et moins avancés en âge?

---

# JOURNAL DE PHARMACIE

ET

# DES SCIENCES ACCESSOIRES.

JUIN 1838.

## *Étude microscopique et chimique du ferment, suivie d'expériences sur la fermentation alcoolique;* par T.-A. Quevenne.

### PREMIÈRE PARTIE.

Après avoir examiné le dépôt qui se forme dans les urines diabétiques exposées à une douce température, et lui avoir reconnu les propriétés d'un ferment énergique (1), j'ai été conduit à le comparer aux dépôts de même espèce qui se forment pendant la fermentation alcoolique de diverses substances, espérant arriver par ce moyen à mieux faire connaître leur nature. — Le ferment de bière ayant depuis longtemps été considéré par les chimistes comme un type de ce genre de corps, ce même ferment étant celui qui a servi aux expériences microscopiques plus récentes de M. Cagnard Latour, expériences qui ont conduit ce savant à émettre l'opinion que les globules qui le constituent sont probablement des corps doués de vie, et de nature végétale; c'est, dis-je, ce ferment que j'ai pris aussi pour point de départ. Après en avoir examiné les propriétés, je le comparerai au ferment diabétique; je signalerai ensuite l'aspect microscopique des dépôts formés pendant la fermentation du raisin, de la groseille, de la carotte, etc.; enfin je terminerai par des expériences sur la fermentation alcoolique, et j'essaierai de tirer de l'ensemble de toutes ces observations les conclusions qui me sembleront pouvoir en être strictement déduites.

Dans le courant de ce mémoire, je suis quelquefois entré dans des détails qui pourront sembler longs, mais qui m'ont paru justifiés par l'importance du sujet, lequel offre un intérêt scientifique d'autant plus grand, qu'il se lie d'une manière très-directe, par ses applications, à l'économie domestique et aux arts.

### DU FERMENT.

#### § I. *Ferment de bière et ferment diabétique.*

La levure de bière dont je me suis servi pour mes expériences a toujours été prise dans la brasserie même, à l'état frais et avant que les levuriers lui aient fait subir aucune préparation (1).

Telle qu'on la recueille après la préparation de la bière pour la livrer aux levuriers, cette levure se présente sous forme d'une bouillie écumeuse grise, mêlée de grumeaux noirâtres. Dans cet état elle exhale, à un très-haut degré, cette odeur aigre que l'on connaît à toutes les levures en général, et qui ne peut être comparée à nulle autre. Sa saveur est amère et sa réaction acide. Elle est composée par des myriades de globules microscopiques que je décrirai plus loin.

Il est évident que cette masse, recueillie dans un liquide aussi chargé de matières extractives que la bière, reste imprégnée d'une quantité plus ou moins grande de matières solubles de l'orge et du houblon, et aussi de substances étrangères qui peuvent être entraînées dans les écumes de la bière. Elle a été purifiée de la manière suivante. Je l'ai délayée dans une grande quantité d'eau, à laquelle elle communique l'aspect d'un liquide émulsif gris sale. Au bout d'environ une demi-heure, il s'y est formé un dépôt composé des grumeaux bruns ci-dessus signalés, tandis que d'autres matières étrangères sont restées à la surface. J'ai enlevé celle-ci, et j'ai décanté le liquide émulsif pour le séparer du dépôt brun. Celui-ci offre un saveur très-amère, ce qui m'a fait penser que la plus grande partie des substances qui le composent proviennent du houblon. Au microscope il paraît composé d'un mélange de globules de ferment et de débris pelliculeux jaunâtres.

Le liquide trouble décanté et abandonné à lui-même pendant vingt-quatre heures laisse former un dépôt blanc légèrement gris, cohérent. L'eau surnageante, un peu acide au papier, ayant une couleur jaune terne, une saveur amère, est séparée au moyen du syphon. On répète deux fois de la même manière ce lavage à grande eau, en rejetant le premier dépôt, formé des portions colorées.

Au quatrième lavage tout le dépôt étant parfaite-

(1) Journal de Pharmacie, janvier 1838 et journal l'Expérience, mars 1838.

(1) C'est à l'obligeance de M. Comballot, directeur de la brasserie lyonnaise que je dois d'avoir eu constamment à ma disposition pendant le cours de mes expériences du ferment toujours frais et de très-bonne qualité.

ment homogène et blanc, l'eau surnageante étant incolore, insipide et neutre, j'ai cessé de le soumettre à l'action de l'eau. Tel est le ferment que j'ai pris comme type pour en décrire les propriétés. Ce ferment se présente sous forme d'une bouillie blanche, lisse et assez consistante. Ni le microscope ni la teinture d'iode n'y annoncent la moindre trace d'amidon. Il a conservé son odeur de levure; il n'est plus amer, mais simplement fade; mis sur le papier de tournesol bleu il le rougit aussitôt. Cette propriété acide ne paraît pas cependant lui être inhérente : elle est due à des acides dont nous verrons plus loin la nature, et qu'il retient avec une opiniâtreté remarquable.

On peut, au moyen de lavages extrêmement prolongés, faire disparaître entièrement l'acidité; mais, dans ce cas, il faut peut-être se demander si les dernières portions d'acide ont bien été enlevées par l'eau, ou si, par suite d'un commencement de décomposition, il ne s'est pas formé un peu d'ammoniaque qui les a saturées.

Examiné au microscope, on voit qu'il est formé uniquement de globules qui sont quelquefois parfaitement ronds, mais le plus souvent un peu ovoïdes. Ces globules ne sont pas aplatis comme ceux du sang, ils ont véritablement une forme sphéroïdale. Ils paraissent circonscrits par un cercle noir mince. A l'état frais, leur surface médiane paraît blanche et unie : cependant, en diminuant l'intensité de la lumière, on y distingue quelques petits points noirâtres peu apparents; mais au bout d'un certain nombre de jours, on y aperçoit distinctement, ou un petit cercle secondaire très-pâle, ou seulement un segment de cercle simulant un croissant, ou encore de petits points noirs au nombre de 2, 3, 4 et 5. Il arrive même quelquefois que certains de ces derniers sont eux-mêmes à centre lumineux, et simulent ainsi de petits globules ou cercles secondaires. La plus grande partie des globules du ferment sont d'une grosseur assez uniforme toutes les fois qu'ils proviennent d'une fermentation qui a marché franchement et sans interruption. Leur diamètre varie en général depuis 1/400 jusqu'à 1/100 de millimètre. On en voit cependant quelquefois de plus petits ou de plus gros que ces deux extrêmes, mais ils sont très-rares, et le diamètre dominant est de 1/200 à 1/150. Ces globules sont généralement bien isolés les uns des autres. Très-rarement ils sont réunis en petits amas ou en chaînons. On en voit un certain nombre qui portent sur un de leurs côtés un globule plus petit, faisant corps avec le premier. Le cercle noir qui les circonscrit est interrompu au point de jonction, comme si le petit globule était sorti du premier. Ces petits globules ne se trouvent pas là simplement juxtaposés, ils sont adhérents au gros globule; car quand on établit un courant dans le liquide, ces globules doubles roulent ensemble sans jamais se séparer. Indépendamment de ces globules et des points ou cercles secondaires qu'on aperçoit dans leur centre, on voit disséminés dans les intervalles qui les séparent, de très-petits points noirs, ténus, difficiles à apercevoir, quelquefois rares, d'autres fois assez nombreux, pouvant se mouvoir en différents sens dans l'état de repos. La manière la plus commode de les distinguer est d'établir un courant dans le liquide. Il est bien possible qu'un certain nombre de ces points ne soit autre chose que de très-petits globules de ferment, ou quelques débris de matières organiques; mais je pense que le plus grand nombre est dû à la présence du phosphate de chaux; car, comme nous le verrons plus loin, ils disparaissent en partie par l'ébullition dans l'eau aiguisée d'acide chlorhydrique.

La propriété la plus remarquable de ce dépôt, celle qui, jointe à l'aspect microscopique, le caractérise d'une manière précise, est celle de produire la transformation du sucre en alcool et en acide carbonique, quand on le met en contact avec l'eau sucrée à une température convenable.

Le ferment dont il est ici question, lavé comme je l'ai indiqué, a perdu par cette manipulation un peu de son énergie; mais il conserve toutefois à un très-haut degré la propriété fermentative, tandis que l'eau de lavage ne la possède qu'à un faible degré. Par la dessiccation cette bouillie perd 0,68°, et s'convertit en une masse dure, cornée, demi-transparente, qui se divise en fragments gris rougeâtres. Le contact de l'eau lui rend en peu d'instants son aspect primitif, soit à l'œil nu, soit au microscope. Sa densité est plus grande que celle de l'eau.

Chauffé dans un tube de verre, ce ferment brûle en répandant une odeur de pain brûlé et des vapeurs alcalines, et il se dépose sur les parois une huile jaune rougeâtre; on obtient en un mot les produits ordinaires aux matières animales soumises à la même opération; il reste un charbon poreux et assez dur contenant des substances salines, dont nous verrons plus loin la nature.

Une portion de ce ferment à l'état de bouillie a été abandonnée à l'air au fond d'un bocal ouvert. Quinze jours après, elle a pris une couleur grise fauve, une odeur aigre désagréable, en conservant encore une réaction acide. Au microscope l'aspect des globules est resté le même, à cela près que leur surface paraît moins unie et comme chagrinée. Après un mois et demi la masse est devenue grise-brune, et répand une forte odeur de fromage de Gruyère, sa réaction est alors légèrement alcaline. Après cinq mois d'exposition à l'air cette levure ne s'est point desséchée; elle a pris l'aspect d'une pâte brune terreuse, et s'est couverte de moisissures. Elle exhale une odeur infecte. Délayée dans un peu d'eau elle lui communique une très-légère réaction alcaline. Une goutte de ce liquide vue au microscope paraît composée en grande partie d'une infinité de points ou grumeaux noirs, petits, peu réguliers, mêlés de globules très-pâles, conservant encore l'aspect et les dimensions de ceux du ferment. On distingue en outre, parmi ce mélange confus, quelques petits cristaux très-rares, ayant la forme du phosphate ammoniaco-magnésien. La couche de moisissure de la partie supérieure paraît composée de ramifications tantôt unies, tantôt intersectées ou couvertes par des globules. Dans d'autres parties on voit de ceux-ci isolés ou réunis en chaînons. Ces globules ont un aspect différent de ceux du ferment : ils semblent formés par un globule noirâtre, dont le centre devient insensiblement blanc et lumineux, renfermé lui-même dans un cercle noir et mince. Il résulte de cette disposition un aspect général noirâtre tout

différent de celui que présentent les globules de ferment. Ils sont généralement un peu ovoïdes; leur diamètre est de 1/200 à 1/150 de millimètre.

Nous avons vu que le ferment est insoluble dans l'eau. Cependant il ne faut pas attacher ici une signification tout à fait absolue au mot insoluble. En effet, pendant les lavages prolongés que j'ai fait subir à ce corps, je ne suis jamais arrivé à un point tel, que de nouvelle eau ne lui enlevât plus rien absolument. M. Thenard d'une part et M. Colin de l'autre avaient déjà vu que l'eau enlève continuellement quelques matières organiques à ce corps. Cependant il faut remarquer que pendant ces lavages prolongés il pourrait bien arriver que la matière organique commençât à éprouver un commencement de décomposition, et produisît ainsi une petite quantité de matière soluble. Si au lieu d'employer l'eau à la température ordinaire pour épuiser la levure on a recours à l'ébullition, on obtient les mêmes résultats, c'est-à-dire qu'il arrive un moment où l'eau n'enlève plus que des quantités à peine sensibles de matières organiques, et l'on ne sait pas si, dans ce cas, le peu de matière dissoute n'est pas véritablement un produit de décomposition.

Cette bouillie de ferment, triturée dans un mortier avec partie égale de sucre blanc, se convertit en quelques instants, et à mesure que le sucre se fond, en un liquide ayant la fluidité de l'huile d'amandes. Elle perd en même temps sa couleur blanche opaque, et le liquide devient jaunâtre demi-transparent; ce qui a sans doute fait dire à Doeberener que dans cette expérience la levure est dissoute par le sucre. Mais il n'y a qu'une apparence imparfaite de dissolution; et si l'on examine le liquide au microscope, même après un long contact, on aperçoit le ferment avec son aspect globulaire. Toutefois ces globules ont sensiblement diminué de volume; les plus gros sont alors de 1/150 de millimètre. Cette différence ne tient point à une illusion d'optique dépendant de la densité du liquide; du moins en observant des corps durs successivement dans de l'eau, puis dans du sirop, je n'ai pas vu que leurs dimensions fussent sensiblement changées. Je ne sais si cette légère diminution dans le volume de chaque globule est suffisante pour expliquer la modification physique éprouvée par le liquide, c'est-à-dire son changement de consistance. Du reste, si le sucre agit sur le ferment dans cette circonstance, le ferment réagit lui-même sur le sucre à son tour, et le convertit en un sucre incristallisable. Ceci résulte des observations inédites de M. Baudrimont et de celles de M. Dubrunfaut (1).

De la levure débarrassée, comme je l'ai dit, des matières extractives étrangères par trois à quatre lavages, et possédant à un très-haut degré la propriété fermentative, a été soumise successivement à l'action de l'alcool et de l'éther pour la débarrasser des matières grasses et extractives solubles dans ces véhicules.

Soixante deux grammes de cette levure humide sont délayés dans l'alcool à 36°; il en résulte un liquide d'aspect laiteux cailleboté. Après vingt-quatre heures de contact on décante la partie liquide qui a acquis une belle couleur jaune. On fait successivement quatre traitements pareils à froid. L'alcool ne s'étant presque pas coloré au dernier traitement, on emploie ce liquide bouillant; il se colore alors un peu davantage sans se troubler par refroidissement. On fait encore deux traitements pareils avec de l'alcool bouillant. On fait sécher et l'on reprend par l'éther bouillant qui ne se colore pas, qui est sans réaction sur le papier bleu, et ne se trouble pas par refroidissement. Cet éther soumis à la distillation laisse pour résidu un liquide à réaction acide, qui se trouble par refroidissement, et laisse déposer quelques gouttelettes d'une huile jaune citrine.

Tous les liquides alcooliques réunis sont soumis à la distillation jusqu'à ce qu'il ne reste plus qu'environ 150 grammes de liquide que l'on abandonne à l'étuve dans une capsule. Ce liquide se trouble par refroidissement, puis laisse surnager une graisse demi-solide jaune, et s'éclaircit de nouveau. On le réunit avec le résidu de la distillation des traitements éthériques, et on laisse évaporer le tout presque jusqu'à siccité. On reprend alors par l'éther qui se colore en jaune. Cet éther laisse après l'évaporation 0,55 d'une huile jaune trouble d'une odeur aromatique non agréable, qui rappelle celle de l'huile que l'on retire directement de l'orge par l'éther. A 5+0 elle offre la consistance de miel épais; elle a une saveur d'abord douce et aromatique, mais qui ne tarde pas à devenir âcre. Cette huile, dont la réaction est acide, tache le papier d'une manière permanente. Toutefois cette tache exposée au-dessus d'un charbon incandescent perd plus vite son aspect brillant que celle qui a été produite sur le même papier avec l'huile d'œillette. Mise en contact en petite quantité avec l'acide sulfurique concentré, elle ne tarde pas à s'y dissoudre en partie, et la solution prend bientôt une assez belle couleur rouge cerise.

Le résidu de la solution alcoolique, dont on a séparé l'huile au moyen de l'éther, évaporé à siccité, pèse 1,05. Dans cet état il est sous forme d'un extrait sec fragile, attirant légèrement l'humidité, d'un beau rouge hyacinthe, limpide, ayant une odeur aromatique agréable, qui rappelle l'osmazôme. Sa saveur est d'abord piquante, puis douce et fade, et enfin elle devient âcre. Une portion brûlée dans un tube de verre répand une odeur désagréable et des vapeurs alcalines.

Une autre portion de cet extrait, reprise par l'eau, s'y dissout avec facilité, et forme une solution limpide, jouissant des propriétés suivantes: elle rougit le tournesol; le nitrate d'argent y forme un léger précipité gris-roux, complétement soluble dans un petit excès d'acide nitrique. Le chlorure de barium ne la trouble pas. L'acétate de plomb y produit un précipité gris-blanc extrêmement abondant. L'oxalate d'ammoniaque en altère très-légèrement la transparence. Cet extrait sec délayé dans l'acide chlorhydrique s'y dissout promptement sans produire d'effervescence, et forme une solution jaune paille, qui ne s'est point colorée en violet. Ainsi ces réactions indiquent, indépendamment des matières extractives, un peu de chaux, et un ou plusieurs acides qui ne sont ni le chlorhydrique ni le sulfurique.

(1) Mémoires de la Société d'agriculture de Paris.

Le reste de l'extrait alcoolique est dissout dans l'eau, et la solution est additionnée d'acétate de plomb, qui détermine la formation d'un précipité roux, sale, abondant, qu'on lave sur un filtre, et qu'on sèche pour être examiné séparément. La solution, séparée de ce précipité par filtration, est alors presque complétement décolorée et privée de son odeur osmazomique. Cette liqueur débarrassée de l'excès de plomb par l'acide sulfhydrique, est mise à bouillir pendant dix minutes avec un lait d'hydrate de zinc, puis filtrée de nouveau, et mise à évaporer à l'étuve. Vers la fin de l'évaporation il s'y dépose de petits cristaux ténus, et plus tard il ne reste qu'une couche jaune, humide, cristalline. On ajoute une très-petite quantité d'eau, qui commence par dissoudre les matières extractives, et laisse un léger dépôt de poudre cristalline blanche. On décante promptement pour isoler ces cristaux. On redissout ceux-ci dans un peu d'eau que l'on abandonne à une nouvelle évaporation dans le but d'obtenir une cristallisation plus régulière et plus pure. On remet à l'étuve, et, le lendemain, on trouve en effet de nouveaux cristaux blancs, dont on sépare le liquide.

L'examen microscopique y fait découvrir deux sortes de cristaux très-réguliers, et ayant des formes nettement dessinées. Ce sont : 1° des prismes de différentes longueurs, mais dont un nombre offre de 10/100 à 15/100 de millimètre de long sur 1/100 de large. Quelques-uns de ces cristaux sont tronqués à angle droit, les autres obliquement; 2° on voit une grande quantité de belles aiguilles effilées, réunies vers un axe ou point central, d'où elles partent ainsi en formant des rayons divergents. Quelques-uns de ces amas ou soleils, ont un diamètre qui s'étend jusqu'à 40/100 de millimètre. La plus grande longueur de ces aiguilles doit donc être représentée par la moitié de ce chiffre. Leur grosseur est de 1/400 à 1/200 de millimètre.

La forme des premiers cristaux étant exactement pareille à ceux de lactate de zinc, tels que les a décrits M. Thenard, et tels que je les ai obtenus artificiellement, j'en ai conclu que les cristaux dont il s'agit étaient dus à ce même sel, et que conséquemment l'acide lactique est un de ceux qui accompagnent le ferment dans sa précipitation des liquides qui subissent la fermentation alcoolique.

Quant à la deuxième espèce de cristaux, ma première pensée fut qu'ils étaient dus au même sel, qu'un accident de cristallisation avait ainsi déterminés à se réunir en aiguilles fines. Mais si l'on considère que j'ai fait redissoudre et cristalliser plusieurs fois ce mélange, et que toujours j'ai obtenu ces amas d'aiguilles divergentes; que, d'un autre côté, je n'ai rien produit de pareil en faisant cristalliser du lactate de zinc artificiel, on devra au moins rester dans le doute relativement à leur nature. La faible quantité que j'avais de ce mélange salin ne m'a pas permis d'essayer de les isoler.

Le précipité obtenu dans l'extrait alcoolique au moyen de l'acétate de plomb, et que nous avons mis de côté, a été exposé, dans un creuset de platine, à l'action d'une chaleur graduellement élevée. Il a d'abord répandu une odeur de viande rôtie, puis de corne brûlée; les vapeurs qui s'en dégagent sont alcalines. Après la calcination, il reste des fragments durs d'un blanc-jaune terne. Ceux-ci, chauffés au chalumeau sur un charbon, se fondent au rouge-blanc, et prennent la forme de globules grisâtres brillants, à surface unie, durs, fragiles, à cassure brillante. Je n'ai obtenu par cette fusion sur le charbon, aucun globule métallique. Ce résultat étant absolument semblable à celui que j'ai produit en fondant de la même manière le phosphate de plomb obtenu par la décomposition de l'acétate triplombique, j'en ai inféré, dans la circonstance présente, et en m'appuyant sur les réactions précédemment indiquées, que le précipité en question contenait du phosphate de plomb, uni dans le principe aux matières extractives animalisées et aromatiques que l'alcool avait enlevées primitivement à la levure, et que, conséquemment, l'acide phosphorique, libre ou combiné, faisait partie, comme l'acide lactique, du dépôt de levure.

Le ferment ainsi épuisé par l'eau, l'alcool et l'éther, et séché, se présente maintenant en grumeaux d'un blanc mat pur, friables, et se réduisant en une poudre blanche. Il est presque complétement dépourvu d'odeur, et possède à peine une légère saveur fade. Humecté et mis en contact avec un papier blanc, il le rougit encore, mais faiblement. Après l'avoir ainsi humecté, si on l'examine au microscope, on voit que l'aspect de globules n'est que fort peu changé : ceux-ci sont simplement diminués de volume, leur diamètre dominant étant maintenant à 1/200 de millimètre, et le cercle marginal noir étant plus prononcé, ce qui leur communique un aspect général moins pâle. Du reste, leur centre paraît toujours parsemé de points noirs comme auparavant. Ce corps ainsi soumis à l'action de différents agents, et épuisé de ses principes solubles, ne possède plus la propriété de développer la fermentation : c'est le squelette du ferment, montrant encore exactement la forme primitive, mais depourvu actuellement de la propriété essentielle par laquelle il signale son existence.

Ce produit trituré avec de l'acide sulfurique concentré s'y divise très-bien, et y forme en peu de temps une solution un peu épaisse et filante. Celle-ci est d'abord incolore, mais elle devient ensuite jaunâtre, puis, au bout d'un jour, elle a acquis une belle couleur rouge cerise. Étendue alors de quatre parties d'eau, elle laisse former un dépôt floconneux gris, qui, au microscope, paraît spongieux et non globulaire. Le ferment qui n'a pas été traité, comme celui-ci, par l'alcool, mais qui a été simplement privé des matières étrangères par des lavages à l'eau, communique en quelques instants une belle couleur cerise à l'acide sulfurique. Il est facile de se rendre compte de cette promptitude d'action, puisque nous avons vu que l'huile retirée du ferment possède cette propriété à un haut degré, et il est même probable que c'est uniquement à sa présence que le ferment doit cette propriété.

Mis en contact avec l'acide nitrique concentré, le ferment ainsi épuisé y disparaît, mais lentement, en formant une solution jaune paille.

L'acide phosphorique en solution très-concentrée et froide n'a pas paru exercer sur ces globules d'action aussi marquée, mais, à l'aide de l'ébullition,

la solution s'est faite d'une manière assez complète.

Avec l'acide chlorhydrique, à la température de 20 centigrades, ce ferment prend d'abord une couleur jaune, puis il disparaît lentement, en formant une solution violette un peu louche, dans laquelle on n'aperçoit plus que fort peu de globules.

Si, au lieu d'acide chlorhydrique concentré, on emploie le même acide étendu de quinze parties d'eau, et que l'on y fasse bouillir le ferment, les globules ne sont nullement altérés dans leur forme, et le seul changement qu'on observe après l'ébullition est la disparition presque complète des petits points noirs ténus qui se trouvent interposés parmi les globules. La solution acide évaporée à siccité fournit un extrait noirâtre qui laisse après la calcination un résidu de charbon, dans lequel on trouve des phosphates de chaux et de magnésie. Ces circonstances m'ont porté à penser que les petits points noirs dont j'ai parlé, ceux qui sont disséminés parmi les globules, étaient dus en partie à la présence du phosphate de chaux.

L'acide acétique n'exerce que fort peu d'action sur le ferment. 0,50 grammes de celui-ci délayés dans de l'acide acétique à 10 degrés (vinaigre de Mollerat) se sont à peine gonflés, et n'ont point pris l'aspect gélatineux, comme cela arrive avec le caséum. On a porté ce mélange à l'ébullition pendant quelques minutes, puis on a laissé reposer. Le liquide acide filtré était resté incolore, et le ferment, retenu sur le filtre, lavé et séché, avait perdu à peine 0,01. L'aspect microscopique est resté le même, à cela près d'une légère diminution dans le volume des globules. La liqueur acide, neutralisée par le carbonate de soude, laisse former un précipité floconneux blanc, léger, très-peu abondant.

La solution de potasse caustique n'exerce pas d'action manifeste à froid sur les globules de ferment; mais quand on opère à la température de l'ébullition, ils sont en grande partie dissous.

0,50 de ferment épuisé (squelette de ferment), parfaitement sec, ont été délayés dans une solution étendue de potasse caustique; il en résulte une liqueur blanchâtre, ayant un aspect cailleboté. Au microscope, les globules se présentent avec leur aspect ordinaire; seulement ils sont réunis en petits amas. Après quelques heures de macération, on fait bouillir pendant sept à huit minutes; la liqueur prend un aspect verdâtre sans s'éclaircir complétement, et il s'en sépare par le repos des flocons d'un gris-blanc sale. Ce dépôt, recueilli sur un filtre et lavé, se présente avec l'aspect microscopique suivant : globules confus devenus plus petits, agglomérés, pâles; non circonscrits par un cercle noir, comme auparavant, mais à périphérie pâle et mal déterminée; la plupart ont sur leur milieu un point très-noir. Après la dessiccation, ce dépôt constitue une couche noire, mince, très-adhérente, et pèse seulement 0,06. On voit donc que presque toute la matière organique a été dissoute, la quantité de résidu obtenue n'étant guère plus considérable que celles des matières salines insolubles contenues dans le ferment.

La solution alcaline séparée du dépôt précédent par filtration, et réunie avec les eaux de lavage, est jaunâtre. On y ajoute de l'acide acétique jusqu'à ce qu'il y en ait un léger excès. Il se forme un précipité floconneux blanc, léger, qui n'offre point l'aspect globulaire au microscope. Séparé au moyen du filtre, et bien lavé, ce précipité s'est réduit en une couche très-mince, d'un brun terreux, fendillé, pesant 4,04. Ce poids, ajouté à celui du résidu inattaqué par la potasse caustique, forme un total de 0,10. La potasse a donc retenu en solution 0,40 d'une matière que l'acide acétique n'a pu en précipiter.

L'action de l'ammoniaque sur les globules du ferment est analogue à celle de la potasse, mais seulement elle est bien moins prononcée. Ainsi cet alcali, en solution concentrée, ne paraît pas les altérer à froid. Par une ébullition de quelques minutes dans un tube allongé, cet alcali leur enlève une certaine quantité de leur substance, mais ils sont loin d'être aussi fortement attaqués qu'avec la potasse caustique. Il est cependant présumable que si l'on prenait de plus grandes précautions pour s'opposer à la volatilisation de l'ammoniaque pendant l'ébullition, on finirait par dissoudre le ferment aussi bien qu'avec la potasse.

Le carbonate de soude l'attaque aussi, mais d'une manière faible. 0,50 du même ferment très-sec sont d'abord mis à macérer dans une solution suffisamment étendue de 16 grammes de carbonate de soude; on fait ensuite bouillir pendant sept à huit minutes et l'on filtre. Le liquide écoulé ne s'est pas sensiblement coloré, et le depôt retenu sur le filtre conserve l'aspect microscopique primitif. Ce résidu, lavé et séché, pèse 0,35; ce qui fait 0,15 de matière dissoute par le sel. La solution alcaline saturée par l'acide acétique n'a laissé rien précipiter. Ainsi, non-seulement la matière enlevée au ferment par le carbonate de soude est en quantité beaucoup moindre qu'avec la potasse caustique, mais elle ne paraît pas être exactement de même nature.

Un gramme de ferment épuisé par l'alcool, chauffé dans un creuset de platine, brûle avec une flamme jaunâtre peu vive, en répandant une odeur désagréable, et des vapeurs alcalines, à peu près comme celui qui a été simplement lavé à l'eau. Après une demi-heure d'exposition à la température rouge, la masse charbonneuse restante ne s'est point complétement incinérée. Elle est légère, poreuse, dure, à paillettes brillantes et comme métalliques. Son poids est de 0,13. Traitée par l'eau, elle lui cède un peu de phosphate de magnésie avec un léger excès d'acide. L'acide chlorhydrique lui enlève un mélange de phosphate de chaux et de phosphate de magnésie. Le charbon ainsi épuisé de ses sels pèse 0,08.

Le cyanure ferroso-potassique n'indiquait point de fer dans ces liquides.

*Composition.* — L'ammoniaque étant au nombre des produits de la décomposition du ferment, nous savons par là que l'azote fait partie de ses éléments. J'y ai constaté en outre la présence du soufre par le procédé de Creuzeburg. Pour cela, j'ai pris une certaine quantité de levure que j'ai introduite dans une cornue tubulée avec une solution faible de potasse caustique; j'ai chauffé pendant quelque temps, puis j'ai ajouté, par portion, un excès d'acide sulfurique; au bout de plusieurs heures le papier imprégné d'acétate de plomb que j'avais suspendu à la tubulure a été en partie noirci.

Ainsi le ferment, indépendamment des acides, des

sels insolubles qu'il entraîne dans sa précipitation, et dont une partie lui sont sans doute étrangers, est composé de cinq éléments : l'oxygène, l'hydrogène, le carbone, l'azote et le soufre.

Cette présence du soufre explique l'odeur de chou pourri que répandent les eaux de lavage de la levure, et que M. Collin avait déjà signalée. (*Annales de chimie et de physique*, t. 30, p. 49.)

En commençant mes expériences sur le ferment, j'avais eu le dessein d'en faire l'analyse élémentaire, mais je n'ai pas tardé à reconnaître l'impossibilité de la faire d'une manière véritablement utile à la science. En effet, à quel point s'arrêter quand on opère les lavages de la levure, puisque l'eau paraît lui enlever continuellement quelques matières? En outre, le ferment étant, comme nous l'avons vu, d'une nature très-complexe, est-il bien possible de le débarrasser des matières extractives, huileuses ou salines, dont nous avons parlé, d'une manière assez complète pour une analyse élémentaire? Et, en supposant qu'on y parvienne, le produit ainsi lavé mériterait-il encore le nom de ferment? Tels sont les motifs devant lesquels je me suis arrêté.

Maintenant que je viens de faire connaître les propriétés du ferment de bière, il me reste à parler de celles du ferment retiré des urines diabétiques. Mais, comme j'ai déjà décrit ailleurs ses propriétés (1), je me contenterai de les rappeler brièvement ici, et comparativement avec celles du ferment de bière, ce qui servira de résumé à ce que je viens de dire.

| *Ferment de bière.* | *Ferment des urines diabétiques.* |
|---|---|
| Bouillie blanche composée uniquement de globules quelquefois régulièrement sphériques, le plus souvent un peu ovoïdes. Le diamètre de ces globules varie ordinairement entre 1/400 et 1/100 de millimètre rarement plus. Mais la grandeur dominante est de 1/200 à 1/150. | Bouillie blanche ; globules arrondis ou ovoïdes, d'un diamètre qui peut varier entre 1/400 et 1/150 de millimètre. La grandeur dominante est de 1/200. |
| Odeur de levure particulière à ce corps. | Odeur semblable à celle du premier. |
| Insoluble dans l'eau. | Insoluble dans l'eau. |
| Cède à l'alcool des substances extractives à odeur d'osmazôme, de l'acide lactique et une matière huileuse. | L'alcool lui enlève également des substances extractives, ayant la même odeur osmazomique, un acide qui m'a paru être aussi l'acide lactique et une huile jaune. |
| L'éther enlève à l'extrait alcoolique une huile jaune trouble, d'une odeur aromatique désagréable, dans la proportion d'environ 0,04 du poids du ferment supposé sec. | L'huile enlevée par l'éther est jaune limpide, d'une odeur aromatique agréable. Elle s'élève à environ 0,06 du poids du ferment sec. |
| L'acide sulfurique le dissout en prenant une couleur cerise. Cette couleur se manifeste très-promptement quand le ferment n'a pas été privé de son huile. | Non débarrassé de son huile et delayé dans l'acide sulfurique concentré, il lui communique très-promptement une belle couleur cerise. |
| Mis en contact avec l'acide chlorhydrique à une température de 20 centigrades, il ne tarde pas à s'y dissoudre en formant une solution violette. | *Id.* |
| Il ne se gonfle pas dans l'acide acétique comme le fait en pareil cas le caséum en devenant gélatineux. A l'aide de l'ébullition on n'est parvenu à dissoudre qu'une très-petite quantité de sa substance, laquelle a été précipitée par le carbonate de soude. | Ne s'est pas gonflé dans l'acide acétique, et n'a point pris l'aspect gélatineux ; et par l'ébullition on n'a pas altéré sensiblement les globules. Cependant la potasse caustique a produit un précipité floconneux dans la liqueur filtrée. |
| Traité à l'aide de l'ébullition par une solution étendue de potasse caustique, il a perdu 0,88. | Traité de même par la potasse caustique, il a perdu 0,76. |
| Mis à macérer dans de l'ammoniaque d'abord froide, puis élevée à la température de l'ébullition, les globules n'ont été que peu attaqués, et ils apparaissent au microscope à peu près avec leur aspect ordinaire. | Mis à macérer, puis bouilli pendant quelques instants avec de l'ammoniaque, il n'a perdu par cette opération que 0,18, et les globules, formant le résidu, ne paraissent pas au microscope sensiblement altérés. |
| Par la calcination il brûle avec une flamme peu vive, en répandant des vapeurs alcalines, et laisse pour résidu une masse charbonneuse pesant 0,13. | Mêmes phénomènes par la calcination, seulement le résidu de charbon pèse 0,20. |
| Ce charbon, traité par l'acide chlorhydrique, lui cède 0,05 d'un mélange salin, composé de phosphate de chaux et de magnésie, avec un très-léger excès d'acide phosphorique. La quantité de charbon pur restant est de 0,08. | Le résidu de charbon, traité par l'eau, puis par le même acide, celui-ci a enlevé un mélange de sels pesant 0,12, composé de carbonate et de phosphate de chaux, et de phosphate de magnésie, avec un petit excès d'acide. |
| Composé d'oxygène, d'hydrogène, de carbone, d'azote et de soufre. | Composé d'oxygène, d'hydrogène, de carbone, d'azote, et de soufre. |

Quant à la propriété caractéristique, celle de produire la transformation du sucre en alcool, elle est égale dans les deux ferments.

Lorsque je reconnus pour la première fois la nature du dépôt des urines diabétiques j'essayai, à plusieurs reprises, sa force fermentative, comparative-

(1) Expérience, numéro de mars 1838.

ment avec la levure de bière; l'avantage fut tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, d'où je conclus qu'ils avaient la même énergie.

Il m'a donc semblé qu'il n'y avait entre les propriétés de ces deux corps aucunes différences assez sensibles pour en faire deux espèces distinctes.

Nous voyons, à la vérité, que l'huile retirée au moyen de l'éther ne paraît pas identique dans les deux ferments; que la proportion de sels insolubles trouvée dans le résidu de la calcination du ferment diabétique est plus considérable que celle du ferment de bière, et qu'il contient un sel de plus, le carbonate de chaux. Mais il me paraît peu probable que la totalité de ces matières forme une partie essentielle et nécessaire des globules du ferment, ou si l'huile, le phosphate de chaux, etc., s'y trouvent totalement renfermés, je conçois que ces corps sont empruntés aux matières organiques, au milieu desquelles le ferment prend naissance, et qu'ils doivent offrir des variations suivant la nature de ces dernières, mais sans jamais imprimer à la constitution du globule une modification profonde dans sa manière d'être.

### § II. *Ferment de raisin, de groseilles, d'albumine,* etc.

Il est un autre ferment non moins intéressant que ceux-ci, que j'aurais désiré pouvoir me procurer en assez grande quantité pour l'étudier avec les mêmes détails : c'est le ferment de raisin. Mais la saison dernière étant beaucoup trop avancée quand j'ai commencé mes expériences, j'ai dû me contenter provisoirement de faire de celui-ci l'examen succinct que je vais rapporter.

Vers la fin du mois d'octobre 1837, j'ai exprimé du raisin blanc pour en extraire du jus : j'ai filtré celui-ci au papier, afin de l'avoir parfaitement limpide. Ce liquide, exposé à une température d'environ 20° centigrades, n'a pas tardé à se troubler; et au bout de trois jours il a commencé à donner des signes évidents de fermentation. Lorsque celle-ci a été achevée, j'ai lavé à plusieurs reprises le dépôt qui s'était formé dans le liquide, et je l'ai obtenu sous forme d'un magma gris blanc, moins cohérent que celui de bière, ayant une odeur aigre, et rougissant fortement le tournesol. Au microscope, les globules paraissent les uns sphériques, les autres légèrement ovoïdes. Leur diamètre, comme pour ceux de la bière, s'étend depuis $^1/_{400}$ jusqu'à $^1/_{100}$; mais le plus grand nombre est de $^1/_{200}$ à $^1/_{150}$.

Une portion de ce dépôt, mêlée à de l'acide sulfurique, paraît s'y dissoudre en partie, et lui communique une teinte légèrement brune. Le lendemain, le liquide est d'une couleur rouge cerise prononcée.

Une autre portion, délayée dans l'acide chlorhydrique et mise à l'étuve, y forme au bout d'un jour une solution légèrement trouble, d'un beau violet.

Enfin, ce ferment se délaie à froid dans la solution de potasse caustique, sans s'y dissoudre; mais par l'action de la chaleur, il semble disparaître en grande partie. Cependant, le lendemain, on trouve au fond du liquide un dépôt qui, au microscope, paraît composé de globules pâles et altérés.

Ainsi, nous retrouvons dans ce court examen du ferment de raisin l'aspect et les principales propriétés des précédents.

J'ai également soumis à la fermentation du suc de carottes, de l'infusion de genièvre, du jus de groseilles conservé par le procédé d'Appert, et j'ai vu s'y développer des globules ovoïdes présentant un aspect absolument semblable à ceux qui précèdent.

J'ai vu apparaître dans le jus de carottes des globules d'une forme très-allongée, ayant jusqu'à $^1/_{50}$ de millimètre de long; mais ils y étaient très-rares, et ne sont point particuliers à ce ferment, car je les ai pareillement observés dans des urines diabétiques.

J'ai aussi examiné au microscope le dépôt qui se forme quand on se sert du blanc d'œuf pour produire la fermentation du sucre. Celui-là, comme tous les autres, s'est montré sous forme de globules, mais d'un diamètre plus petit. Le nombre des globules sphériques l'emportait de beaucoup sur les globules ovoïdes; leur diamètre était de $^1/_{500}$ à $^1/_{200}$. Du reste, ils avaient l'aspect ordinaire des globules des autres ferments.

J'ai produit la fermentation du sucre avec du lait, avec de l'urine normale, du jaune d'œuf, et toujours j'ai obtenu des dépôts contenant des globules de l'espèce indiquée, et n'offrant pour toute différence que de légères variations dans leur grosseur, ou dans la couleur blanche ou grise du dépôt. Ces faibles différences m'ont semblé dépendre de la manière plus ou moins propice avec laquelle s'accomplit le phénomène qui leur donne naissance. Ainsi, j'ai cru remarquer que quand la fermentation se développe avec promptitude, qu'elle marche franchement et sans interruption, comme dans le suc de carottes, les globules qui naissent sous cette heureuse influence sont gros et bien développés; quand, au contraire, la fermentation ne se manifeste que d'une manière lente, qu'elle marche avec peu d'activité et s'interrompt souvent, les globules qu'elle produit sont petits et chétifs, et le dépôt qui résulte de leur agglomération est souvent gris ou même brun.

Je crois donc pouvoir dire, d'après tout ce que je viens de rapporter, et c'est aussi la pensée exprimée dans l'ouvrage de M. Thenard, que le dépôt qui se forme pendant la fermentation alcoolique des différentes substances qui sont susceptibles de l'éprouver, est un corps de nouvelle formation qui ne préexiste nulle part, mais qui semble prendre naissance dans ces circonstances aux dépens de matières organiques regardées en chimie comme étant de natures très-différentes. Envisagée de ce point de vue, la fermentation ne doit plus être considérée uniquement comme une décomposition, mais seulement comme une modification, pendant laquelle il se forme en même temps des produits organiques et inorganiques.

Le principe dont le ferment se rapproche le plus par sa nature chimique est le caséum; il en diffère par son aspect globulaire, son insolubilité dans l'acide acétique, son peu de solubilité dans l'ammoniaque. Il se rapproche aussi beaucoup du gluten de Beccaria : on l'en distingue également par l'aspect microscopique, qui n'est nullement globulaire pour le gluten, et aussi par l'action de l'acide acétique, qui n'est pas la même dans les deux cas.

Le principal travail, d'après lequel on a admis la pluralité des ferments, travail d'une grande exacti-

tude en général, que j'aurai souvent occasion de citer dans la seconde partie de ce mémoire, est celui de M. Collin. Ce chimiste n'avait cependant pas admis sans réserve cette multiplicité des ferments, car il ajoutait : « On conçoit combien il est nécessaire d'être » réservé sur un pareil sujet, car ne serait-il pas » possible, par exemple, que cette albumine, ce gluten, ce fromage, cette urine, etc., ne pussent opérer l'alcoolisation du sucre, qu'en donnant naissance, par leur décomposition spontanée, à une » matière, en qui seule résiderait le pouvoir fermentant; en sorte que la multiplicité des ferments ne » serait qu'une apparence; tandis que, dans la réalité, le ferment serait une matière unique? Cette » opinion est peu probable, mais encore est-ce à l'analyse à la repousser ou à l'admettre. » (*Annales de Physique et de Chimie*, t. XXVIII, p. 140.)

Je dis donc, en suivant l'exemple de réserve donné par M. Collin :

Il est certain que les ferments déposés pendant l'alcoolisation du sucre ont une similitude d'organisation qui les rapproche entre eux, et les éloigne des matières qui leur ont donné naissance. D'après l'état actuel de nos connaissances sur ce sujet, je les regarde comme étant identiques et formant un corps unique toujours le même; mais il est nécessaire d'être réservé sur un sujet aussi délicat, et il serait possible que l'on découvrît plus tard quelque différence organique ou chimique entre ces globules.

Enfin, j'ajouterai, en terminant, que des corps globulaires, de même aspect que ceux-ci, peuvent prendre naissance dans des circonstances indépendantes de la fermentation alcoolique. Ainsi, on voit se développer dans les urines abandonnées à elles-mêmes, et n'indiquant pas la moindre trace de sucre, des globules blancs ovoïdes à cercle noir, ayant exactement l'aspect et les dimensions de ceux du ferment, et en possédant aussi les principales propriétés chimiques. Mais comme je n'ai point encore pu examiner assez longuement ces globules dont j'ai déjà parlé (1), je n'en dirai rien de plus ici, me proposant d'y revenir plus tard, si l'occasion s'en présente (2).

(*La suite au prochain numéro.*)

(1) Journal l'Expérience, décembre 1837, et mars 1838.

(2) Depuis que j'ai rédigé ces observations, il est paru, dans le *Répertoire de Chimie* (nº de mars 1838), un mémoire sur le ferment, dans lequel on voit que l'auteur, M. F. Kéitzing, a observé des productions d'un aspect semblable au ferment ou à ses végétations dans des liquides de nature très-différente, et dont la plupart ne pouvaient pas contenir de sucre. Ainsi les flocons qui se déposent dans les eaux distillées, dans les solutions d'acide chromique, d'acide chromique mélangé de chlorures d'or et d'étain, du même acide et d'émétique, etc., se sont montrés, dans ses observations, composés de globules ou de filaments d'un aspect plus ou moins exactement semblable à ceux du ferment de bière (dans ces solutions salines, les globules devaient être dus à des matières organiques étrangères aux sels employés). L'auteur n'ayant essayé la propriété fermentative d'aucune de ces productions en les mettant en contact avec le sucre, il reste à examiner si ce sont là de véritables ferments dans le sens restreint que l'on attache à ce mot; mais ce qui ressort très-clairement de tout ceci, c'est que dans la plupart des matières organiques soustraites à l'influence de la vie et à l'état de dissolution, un des premiers effets appréciables de la modification qui s'opère dans les éléments qui les constituent, est de produire des globules organisés de nouvelle formation. Reste à déterminer quel rapport ou quelles différences offrent entre eux les globules formés sous l'influence du sucre, et ceux qui prennent naissance au milieu d'un liquide qui ne contient aucunes traces de ce dernier principe.

## *Mémoire sur les pommes de terre gelées*; par M. J. Girardin, de Rouen.

Le froid rigoureux de cet hiver a occasionné la perte d'une grande quantité de pommes de terre, et le dommage a surtout porté sur les petits cultivateurs, qui, n'ayant pas à leur disposition, pour conserver ces tubercules, les fosses ou silos, les celliers et les granges des riches fermiers, n'ont pu garantir de la gelée leur provision d'hiver.

Malgré les avertissements de la science on rejette comme inutiles, les pommes de terre gelées; aussi chaque année rigoureuse amène-t-elle la perte d'une énorme quantité de substance alimentaire. Il est véritablement douloureux de voir avec quelle lenteur se propagent les vérités utiles.

Sur la demande de la Société d'agriculture du département de la Seine-Inférieure, je me suis livré à des expériences variées sur les pommes de terre gelées, dans la double intention de connaître le genre d'altération que le froid fait éprouver à ces tubercules, et de savoir quel serait le meilleur parti à en tirer quand ils sont ainsi altérés. MM. de la Prévotière et Mesaise ont eu l'obligeance de mettre à ma disposition une suffisante quantité de pommes de terre gelées et non gelées; c'était de la *patraque jaune commune*.

Les pommes de terre, saisies par la gelée, sont dures comme le bois. Mais lorsque la température s'élève au-dessus de 0°, elles se ramollissent peu à peu, deviennent flasques et molles, abandonnent par la pression une grande quantité d'eau, puis au bout de quelques jours elles moisissent à leur surface, exhalent une odeur particulière et désagréable, et enfin se putréfient complétement. C'est lorsqu'elles étaient déjà ramollies par un commencement de dégel que j'ai opéré sur les pommes de terre, comparativement avec d'autres, saines, entières et non gelées.

1. Après les avoir lavées et essuyées pour les débarrasser de la terre qui les salissait, je les ai coupées par tranches minces, puis je les ai placées dans une étuve chauffée entre 25 et 30°, jusqu'à ce qu'elles fussent devenues sèches et cassantes. On en fait ensuite de la farine. Elles ont ainsi perdu par la dessiccation 72,13 pour cent, en sorte qu'elles se composaient, gelées et non gelées, de :

| | |
|---|---|
| Matière sèche. . . . | 27,87 |
| Eau. . . . . | 72,13 |
| | 100,00 |

La farine provenant des tubercules gelés a toutes les propriétés de celle fournie par les tubercules non gelés.

2. J'ai extrait la fécule des uns et des autres, en réduisant les tubercules en pulpe fine dans un mortier de marbre, lavant cette pulpe sur un tamis jusqu'à épuisement complet du parenchyme. La fécule, recueillie et purifiée, a été séchée à une douce température. Les pommes de terre gelées et non gelées m'ont donné absolument la même quantité de fécule. En effet, j'ai obtenu des unes et des autres, de 100 parties en poids :

| | |
|---|---|
| Fécule. . . . . | 16,66 |
| Parenchyme sec. . | 7,52 |

La proportion la plus grande, obtenue généralement en fabrique de 100 p. de pommes de terre bien saines, ne dépasse pas 18 p. 100 de fécule sèche.

La fécule extraite des pommes de terre gelées, a toutes les qualités de la fécule qui provient de pommes de terre non gelées. J'ai fait faire des biscuits et autres pâtisseries, les uns avec de la fécule de pommes de terre gelées, et les autres avec de la fécule de pommes de terre non gelées; il est difficile, pour ne pas dire impossible, d'établir une différence entre les unes et les autres; leur saveur est la même. M. l'abbé Gossier, a bien voulu employer pour sa cuisine la fécule de pommes de terre gelées. Les aliments qu'on lui a servis lui ont paru tout aussi bons, tout aussi agréables que lorsqu'ils étaient préparés avec la fécule des pommes de terre saines et non gelées.

3. Par des procédés analytiques plus précis, qu'il est inutile de détailler ici, j'ai obtenu des tubercules gelés et non gelés, les mêmes proportions d'eau, de fécule, de fibre ligneuse, d'albumine, de sucre et de substances salines. Répétées plusieurs fois, mes expériences m'ont fourni toujours les mêmes résultats (1).

D'après cela, puisque la constitution chimique de la pomme de terre n'éprouve aucun changement par l'effet de la gelée, quelle est donc la modification que subit ce tubercule par le froid?

C'est un effet purement mécanique, selon moi; l'eau, en se congelant dans l'intérieur du parenchyme, déchire et rompt les cellules qui l'emprisonnaient, l'isole des autres matériaux du tissu; et voilà pourquoi, lorsqu'on presse entre les mains des tubercules qui ont dégelé, ils s'affaissent comme une éponge, en abandonnant leur eau de végétation, qui coule en abondance.

Ainsi, dans les pommes de terre gelées il n'y a que l'organisation végétale qui soit altérée; les principes constitutifs ne subissent aucun changement dans leur nature; seulement ils changent de position à l'égard les uns des autres, et cela suffit bien pour rendre compte des différences de goût, de saveur, qu'on trouve dans les tubercules avant et après leur congélation.

Puisque, dans les pommes de terre qui ont été gelées, il y a autant de substance alimentaire qu'avant l'action du froid, il serait déraisonnable de continuer à perdre ces tubercules et de ne pas en tirer parti. Même, lorsqu'après avoir dégelé, leur altération est déjà très-prononcée, qu'ils sont presque réduits en bouillie et qu'ils répandent une forte odeur, on peut encore les utiliser.

1. Lorsque les pommes de terre sont dures comme le bois, il faut les mettre tremper dans l'eau froide pendant quelques heures, pour faire naître un commencement de dégel qui facilite leur division ultérieure; puis il faut la soumettre à l'action d'une râpe ou les écraser dans l'auge *du tour à piler* les pommes. Lorsqu'elles sont réduites en bouillie fine et homogène, on lave cette pulpe par petites portions sur un tamis placé au-dessus d'un baquet. L'eau entraîne avec elle la fécule; le marc bien lavé est exprimé, étendu sur des claies à l'air, puis dans un four après que le pain en a été retiré. Une fois sec, on peut le conserver indéfiniment dans des tonneaux, et il peut servir avec avantage à la nourriture des porcs et des bêtes à cornes, qui en sont très-friands lorsqu'il est cuit. Quant à la fécule déposée au fond du baquet, on la lave bien, on la met égoutter sur des toiles, puis on la dessèche à une douce chaleur. Cette fécule peut alors servir à l'alimentation, et remplacer dans tous les emplois culinaires ou industriels la fécule ordinaire de pomme de terre.

2. Lorsque les pommes de terre sont plus ou moins dégelées, on peut les soumettre au même traitement. Mais si on veut simplement les réduire en *farine*, alors on les soumet dans des sacs au pressoir, afin d'en extraire la plus grande partie de l'eau de végé-

---

*Note de M. Virey.*

(1) Qu'il me soit permis de rappeler ici mes premiers essais, tentés dès l'an III de la république (1794), sur cet objet, à l'hôpital militaire de Belfort, où j'étais alors élève en pharmacie.

Après avoir obtenu d'abord une quantité assez notable de fécule par les premiers lavages de ces pommes de terre tombées en putrilage par le dégel, puis broyées dans l'eau, j'espérai en retirer encore de cette pulpe brune, parenchymateuse, abondante, qui restait. Mais sa viscosité me paraissant l'obstacle qui retenait beaucoup de grains de fécule dans les utricules celluleuses du tissu végétal, j'espérai de la détruire à l'aide de la fermentation. Je soumis donc cette masse pendant environ quinze jours à une température tiède. Un mouvement spontané interne la rendit bientôt acide. Quoique cette fermentation dût altérer sans doute une grande partie de la fécule déjà modifiée par la congélation, je parvins cependant à en dégager encore une certaine proportion qui paraissait entièrement perdue. Tel fut le résultat le plus remarquable de mon travail, adressé à cette époque à la *commission d'agriculture et des arts* comme nouveau, car je ne connaissais aucun essai antérieur.

J'ai retrouvé la réponse de son commissaire, le célèbre Berthollet. Il m'écrivait, le 9 germinal, an III, selon le style du temps, en me transmettant l'instruction de Parmentier sur les pommes de terre, « nous te savons gré, citoyen, des » bonnes vues qui paraissent t'animer, et nous te félicitons » du zèle qui porte de bonne heure ton attention sur des ob- » jets d'utilité publique.

» Salut et fraternité,
» *Signé*, BERTHOLLET. »

Je dus bientôt après, à la mémoire de Bayen, de Parmentier, Coste, Daignan, etc., la reconnaissance d'avoir été appelé à l'hôpital d'instruction du Val-de-Grâce, en l'an IV, à l'époque de sa création.

tation, puis on dessèche le marc dans le four, et quand il est sec et friable, on le réduit en farine dans un moulin ordinaire. Cette sorte de farine peut être très-bien mélangée dans la proportion d'un cinquième ou d'un quart avec la farine de froment pour la confection du pain. L'eau que le pressoir a fait sortir des pommes de terre a entraîné un peu de fécule qu'on doit recueillir.

3. M. de Lasteyrie a conseillé depuis fort longtemps (voir la *Décade* de l'an 4, 3e trimestre, et le n° 7 du *Moniteur*, année 1813), de faire macérer les pommes de terre gelées dans l'eau pendant 6 à 10 jours, en renouvelant l'eau de temps en temps, jusqu'à ce que l'épiderme commence à se réduire en bouillie, de les soumettre à la presse dans des sacs de grosse toile, puis de faire sécher le marc, qui donne alors une très-belle farine.

4. Lorsqu'on veut appliquer les pommes de terre gelées à la nourriture des bestiaux, il faut agir comme ci-dessus, c'est-à-dire hacher ou piler les pommes de terre, les exprimer, et au lieu de sécher le marc, le faire cuire tandis qu'il est encore humide. Cette substance, additionnée d'un peu de sel, est mangée avec avidité par les bestiaux. On peut éviter la cuisson du marc, et l'introduire dans un grand tonneau par couches alternatives, avec du son et un peu de sel; au bout de 24 heures le mélange éprouve un commencement de fermentation vineuse, qui plaît beaucoup aux animaux.

Voilà, des moyens très-simples, peu coûteux pour utiliser les pommes de terre gelées. Partout dans nos campagnes il y a des *tours à piler* les pommes, des fours à cuire le pain; ce sont là les seuls instruments pour le travail des tubercules, qui pourront fournir à volonté ou de la fécule ou de la farine. Dans le premier cas, on obtiendra au moins de 12 à 15 pour cent de substance sèche.

Je ne terminerai pas, messieurs, cette note, sans vous apprendre qu'un chimiste de Paris, M. Payen, qui a tant contribué à nous faire bien connaître l'amidon et toutes ses variétés, s'est occupé en même temps que moi des pommes de terre gelées, et qu'il est arrivé précisément aux mêmes résultats relativement à la nature chimique de ces tubercules.

Ce savant chimiste a constaté que les tubercules gelés contiennent autant de substances sèches qu'à l'état normal; que la proportion de matière soluble n'y est pas moins abondante; que la fécule elle-même y est dans les mêmes proportions; qu'enfin rien n'est changé, sous ces rapports, dans la pomme de terre après le dégel. Il a reconnu en outre que les modifications physiologiques produites par la gelée tiennent à la dislocation générale du tissu cellulaire.

Cette opinion est donc tout à fait analogue à celle que j'ai émise en commençant. Il n'y a qu'un point sur lequel mes observations ne sont pas d'accord avec celles de M. Payen. Il avance que les pommes de terre, après le dégel, donnent à peine un quart de la fécule que l'on en obtint avant, et que cette fécule est d'une saveur très-désagréable. M. Payen explique cette déperdition en disant que les utricules isolées les unes des autres par le fait de la congélation, et dégagées alors de la pression qu'elles supportaient, prennent des formes arrondies; lorsque les dents de la râpe les frappent, et se détachent une à une ou par petits groupes, mais sans offrir assez de résistance pour être déchirées. Il en résulte que le plus grand nombre de ces cellules, encore remplies de fécule, ne passent pas au travers des tamis fins, et que, restant dans la pulpe, elles diminuent d'autant la proportion du produit.

Contrairement à l'opinion de M. Payen, je ne puis admettre un moindre produit dans la quantité de fécule que fournissent les pommes de terre dégelées, car j'ai obtenu les mêmes proportions de cette substance avant et après la congélation.

J'ai pilé les tubercules dans un mortier et ne les ai point soumis à la râpe, car une fois qu'ils sont ramollis et devenus flasques, il est pour ainsi dire impossible de les déchirer convenablement par la râpe. C'est à ce moyen imparfait de diviser le tissu cellulaire qu'il faut attribuer la perte en fécule signalée par M. Payen. Il sera donc préférable de passer les pommes de terre dans le *tour à piler* plutôt qu'à la râpe lorsqu'on voudra en extraire la fécule.

La fécule que j'ai retirée des pommes de terre dégelées n'a point de saveur désagréable, une fois qu'elle a été convenablement lavée.

De tout ce qui précède on est en droit de conclure :

1° Que le froid ne produit aucun changement chimique dans les pommes de terre, qu'il détruit seulement l'organisation végétale;

2° Que les pommes de terre gelées renfermant la même proportion de substance alimentaire qu'avant leur gel, il est convenable et possible de les utiliser, soit en extrayant la fécule, soit en les réduisant en farine;

3° Que ces opérations très-simples peuvent être pratiquées partout, pour ainsi dire, sans aucune dépense, et qu'il est à désirer que désormais on ne rejette plus une substance qui peut rendre encore de si grands services, soit pour la nourriture des hommes, soit pour celle des bestiaux.

### *Addition au précédent mémoire.*

J'avais terminé mes expériences sur les pommes de terre gelées, et j'en avais communiqué les résultats à la Société d'agriculture, lorsque mon confrère, M. Pouchet, professeur d'histoire naturelle à l'école municipale, me fit part de ses observations sur le même sujet. Ces observations sont trop intéressantes pour que je néglige de les faire connaître. Elles confirment entièrement ce que j'ai avancé précédemment. En suivant deux routes différentes nous sommes arrivés au même résultat.

Voici l'ensemble des observations que M. Pouchet a bien voulu me communiquer et me permettre de publier.

M. Pouchet s'est assuré par des expériences microscopiques, que les pommes de terre qui ont été gelées contiennent encore toute leur fécule dans la plus parfaite intégrité, et que, quel qu'ait été le degré de leur altération, aucun des grains de fécule n'a disparu; les plus fins, malgré leur plus grande délicatesse d'organisation, s'y découvrent parfaitement encore; et même, quand le tubercule n'a pas subi une décomposition trop avan-

cée, ils deviennent flottants, et se détachent des débris des cellules bien plus facilement qu'ils ne le font dans une pomme de terre saine.

Les expériences lui ont prouvé que l'altération qui se produit dans la pomme de terre par l'effet de la gelée ne consiste point, ainsi que l'a cru M. Payen, en une altération du tissu cellulaire qui le dilate, isole les cellules et leur contenu, et les transforme en autant de globules sphériques volumineux qui ne peuvent passer par les mailles des tamis des fabricants de fécule.

M. Pouchet a reconnu évidemment que la congélation offre divers états, et qu'elle a pour effet de dilacérer immédiatement le tissu cellulaire, sans doute en dilatant l'eau de végétation lors de sa solidification.

Dans le premier état, ou celui de la plus faible congélation, les cellules sont simplement déchirées, et l'on distingue encore facilement les lambeaux de leurs parois membraneuses; la fécule est très-libre.

Au second état, le tissu cellulaire, plus profondément désorganisé, ne s'offre plus que sous l'aspect de filaments, reste des angles qu'il présente. Il semble que ces débris soient transformés en substance glutineuse, dont la présence enchaîne la fécule qui paraît moins libre que dans le cas précédent.

Enfin, au troisième degré, le tubercule est tout à fait mou et coriace, ou réduit en une sorte de bouillie noirâtre; l'on ne voit plus alors de traces de cellules, et le résidu de la désorganisation de celles-ci, devenu plus glutineux, est dans certains endroits d'une teinte noirâtre; ce résidu enchaîne encore davantage les grains de fécule, et alors la pression ne les isole que fort difficilement, mais aucun d'eux n'est altéré. Dans cet état on voit dans la substance de la pomme de terre de nombreux globules d'acide carbonique (?), et ce sont eux qui, suivant M. Pouchet, en ont imposé à M. Payen. Jamais ils ne contiennent de fécule; celle-ci est autour, et ces globules de fluide aériforme sont de diamètres divers, qu'il est impossible de confondre avec des cellules végétales dilatées.

---

*Extrait d'un rapport ayant pour objet un mémoire de* M. Charpentier, *intitulé :* Observations pour servir à l'histoire des sangsues. — Fait à la Société de Pharmacie, le 7 février 1838; par MM. Boullay et Guibourt.

Les sangsues, animaux articulés de la classe des *annélides*, ont été connues des anciens, mais elles ont été fort peu usitées en médecine jusque vers le milieu du dix-septième siècle. De nos jours, au contraire, on les a employées avec une telle profusion, qu'une partie de l'Europe en a été dépeuplée; mais c'est alors aussi que leur organisation, mieux étudiée, a permis d'en distinguer diverses espèces, de connaître leurs sensations, leurs habitudes et leur reproduction. Cependant, malgré le zèle des observateurs, qui depuis cinquante ans se sont livrés à l'étude physiologique des sangsues, nous n'en sommes encore, pour ainsi dire, qu'à la préface de leur histoire. Elles possèdent le sens du toucher, le seul qu'on retrouve chez tous ces animaux, mêmes les plus imparfaits; mais on leur conteste la vue, l'odorat et le goût. On ne sait si elles respirent par des bronchies intérieures et circonscrites, ou par toute la surface de la peau. On a observé les cocons dans lesquels éclosent et se développent les jeunes individus; mais on a complétement ignoré jusqu'ici comment se forment les cocons. Tout en rendant compte du mémoire de M. Charpentier, nous nous proposons d'examiner quelques-unes de ces questions, et de provoquer de nouvelles observations sur les points encore obscurs de l'histoire des sangsues.

### *Sens de la vue.*

La sangsue médicinale porte sur la lèvre supérieure et sur les anneaux les plus rapprochés de la cavité buccale dix points noirs régulièrement disposés en fer à cheval, qui sont considérés comme des yeux rudimentaires. M. de Blainville n'a pu y découvrir, ni vaisseaux ni nerfs, et il en conclut que ces organes sont impropres à la vision. C'est l'opinion généralement adoptée.

Cependant M. Charpentier a remarqué que les sangsues évitent la lumière, surtout lorsqu'elle est vive, et qu'elles recherchent les endroits les plus obscurs; et lorsqu'elles rencontrent quelque objet capable de produire de l'ombre, elles s'y abritent. Si même elles ne trouvent ni pierres ni plantes pour se couvrir, elles creusent des trous dans la terre, et s'y tiennent cachées pendant l'ardeur du jour. Au contraire, pendant la nuit, le matin, lorsqu'il fait frais, on les voit en grand nombre tenir la partie supérieure du corps hors des trous, se mouvoir ou sommeiller. Si dans cette circonstance on s'approche du bassin, on les voit rentrer précipitamment dans leur trou. Comment expliquer ce fait, si les sangsues étaient privées de la vue?

M. Dusaux avait fait la même expérience que M. Charpentier, et en avait tiré la même conséquence. Il a entouré de papier noir un bocal contenant cinquante sangsues, à l'exception d'un seul point par lequel la lumière pénétrait. Toutes sont venues se fixer autour de l'ouverture, et y sont retournées après en avoir été détachées. M. Dusaux a pensé que les sangsues étaient attirées par la lumière, et il en a conclu qu'elles voyaient. M. Derheims assimile cette action à la tendance générale des êtres vivants, et même des végétaux, à se diriger vers la lumière, et refuse aux sangsues la faculté de voir. Quant à nous, nous pensons que MM. Dusaux et Derheims se sont trompés, en attribuant au besoin de lumière l'action qui porte les sangsues autour de l'ouverture qui donne passage au rayon lumineux; ce qui serait contraire à l'opinion de M. Charpentier. Ne serait-ce pas plutôt pour en éviter l'action? Car, dans une chambre éclairée par un seul point lumineux, le point le plus obscur est évidemment la paroi même où se trouve percée l'ouverture. La conséquence qu'a tirée M. Derheims nous paraît d'ailleurs satisfaisante, parce que si des êtres privés de la vue peuvent, par une tendance de leurs organes, se diriger vers la lumière qui les vivifie; d'autres, que la lumière fatigue, pourront la fuire, sans qu'on

puisse nécessairement conclure qu'ils ont des yeux. Au reste, une expérience, favorable en apparence au sens de la vue chez les sangsues, nous a prouvé qu'elles en étaient tout à fait dépourvues.

Un bocal contenant des sangsues se trouvant placé le soir dans une pièce peu éclairée, elles se tenaient presque toutes dans un état de repos parfait, attachées à la paroi supérieure du vase, la partie inférieure du corps plongée dans l'eau. En approchant une lumière très-près du groupe immobile, toujours au bout d'une minute environ, on les voyait détacher leur ventouse supérieure et s'éloigner de l'endroit éclairé. En plaçant ensuite une carte, servant d'écran, devant la moitié supérieure de la sangsue, et en n'éclairant que la partie postérieure, l'animal restait en repos. En faisant l'inverse, toujours au bout d'une minute, l'extrémité supérieure se détachait; mais en éloignant la lumière de trois à quatre pouces, l'effet n'avait plus lieu. C'était la chaleur communiquée au verre par la proximité de la flamme qui avait agi. Nous en avons acquis la preuve en éloignant la lumière de deux à trois pieds, et en réunissant les rayons lumineux seuls sur l'extrémité supérieure de la sangsue, à l'aide d'une large lentille. Bien que de cette manière les points prétendus oculaires fussent plongés dans une vive lumière, les sangsues y furent toutes successivement insensibles.

*Sens du toucher.*

On a généralement considéré le toucher, chez les sangsues, comme l'effet de la grande sensibilité du système cutané, toucher purement passif, sorte d'irritabilité dont aucun animal n'est dépourvu. C'est le seul que MM. Charpentier et Derheims admettent. Il en est un autre qui consiste, pour les animaux, dans la faculté de diriger, par acte de leur volonté, un organe propre vers les objets extérieurs, dans le but de les reconnaître. C'est ainsi que le toucher s'exerce par la main de l'homme, la trompe de l'éléphant, les tentacules des mollusques, etc. Nous accordons cette faculté aux sangsues, dont l'instrument réside dans la lèvre supérieure. En effet, nous voyons une preuve d'absence de la vue et de la présence d'un toucher explorateur dans ce mouvement habituel d'incertitude, par lequel les sangsues dardent de tous côtés leur extrémité antérieure, jusqu'à ce qu'elles aient rencontré un corps solide, et le soin avec lequel elles en étudient la surface en la palpant avec leur lèvre supérieure avant de s'y fixer.

*Sens de l'ouïe, de l'odorat et du goût.*

Les sangsues sont privées de l'ouïe. Leur rang, très-abaissé parmi les êtres animés, l'absence d'organes *ad hoc*, et l'impossibilité de constater chez ces vers la perception du son, nous paraissent mettre cette question hors de doute.

Il est de même, à notre avis, pour les sens de l'odorat et du goût, malgré la difficulté d'expériences concluantes à cet égard; car quelles conséquences rigoureuses peut-on tirer de quelques substances odorantes qui ne leur sont pas nuisibles, tandis que le contact ou l'absorption de plusieurs acides et de l'ammoniaque les tue?

Il est moins difficile peut-être de décider si les sangsues possèdent le sens du goût. Il est probable que cet organe appartient à tous les animaux pourvus d'organes d'appréhension ou de succion pour leurs aliments, et nous l'admettons malgré les expériences de M. Derheims, qui, d'une part, est parvenu à faire sucer à des sangsues du lait, etc., mêlés à une forte décoction de coloquinte, et de l'autre a mis quarante-cinq sangsues en contact avec du sang humain, sans qu'elles en aient absorbé aucune portion. Ce dernier fait est en contradiction avec les assertions de M. Charpentier.

Ceci peut jeter quelque jour sur la manière dont les sangsues se nourrissent. Ainsi, nous nous demandons si elles ont plusieurs manières d'ingérer leurs aliments.

Il est admis que la sangsue médicinale ne peut se nourrir que par succion, à l'aide de sa ventouse antérieure sur un corps résistant. M. Derheims a le plus insisté sur cette condition, qui, par suite des blessures faites à l'aide des mâchoires de l'arrière-bouche, laisse écouler le sang dans la cavité buccale, d'où une contraction musculaire le fait passer dans l'œsophage, afin qu'il puisse être remplacé au moyen d'une nouvelle succion. M. Charpentier a vu, au contraire, qu'en mettant une livre de sangsues avec 8, 12 et même 16 onces de sang, elles finissaient par l'absorber en totalité.

Entre deux assertions aussi contradictoires, l'expérience seule pouvait prononcer. Nous avons pensé que pour réussir, il fallait opérer avec du sang humain très-récent. Nous avons prié notre confrère M. Quevenne, pharmacien en chef à la Charité, de vouloir bien faire quelques essais que nous allons vous exposer.

*Première expérience.* 20 sangsues bien lavées, essuyées, du poids de 26 grammes, ont été mises dans un vase avec 4 onces de sang humain sortant de la veine. Le sang s'est coagulé comme à l'ordinaire. Au bout d'une demi-heure, on a brisé le caillot. Après deux heures trois quarts, 10 sangsues étaient considérablement gonflées, 5 moyennement, et 5 étaient restées intactes. Lavées et essuyées de nouveau, réunies, elles pesaient 69 grammes, 20; donc, sang absorbé, 43,20.

*Deuxième expérience.* On a mis avec 4 onces de sang, semblable au précédent, 20 sangsues pesant 27 grammes, 30, on n'a pas brisé le caillot. Trois heures trois quarts après, 11 sangsues étaient très-grosses, 5 moyennes, 4 n'avaient pas augmenté. L'ensemble pesait alors 98 grammes, 10. Sang absorbé, 70,80.

*Troisième expérience.* 10 sangsues pesant 24 grammes, 40, ont reçu le sang d'un asthmatique. Deux heures après, elles pesaient 58,20. Augmentation, 36,80.

*Quatrième expérience.* 10 sangsues du poids de 27 grammes, 60, ont absorbé en vingt-quatre heures 45,40 de sang.

Ces essais prouvent clairement que les sangsues avalent le sang humain après son extraction de la veine, selon l'opinion de M. Charpentier; mais comme le sang s'était coagulé, et qu'il offrait un point d'appui suffisant pour la succion, cela ne détruit pas l'assertion que les sangsues ne peuvent se nourrir que par succion sur un corps offrant de la résistance.

*Cinquième expérience.* Afin de lever la difficulté, M. Quevenne a mis 10 sangsues pesant 26 grammes avec du sang frais, dont on a arrêté la coagulation en l'agitant légèrement; on a même séparé des grumeaux qui s'étaient formés. Après six heures de contact avec le sang liquide, les sangsues avaient augmenté de 24,70; beaucoup moins, toutefois, que dans les autres expériences; mais, d'un côté, le sang non coagulé offre peut-être encore une certaine résistance pour la succion; de l'autre, l'agitation peut avoir nui à l'alimentation. Ce qui nous a déterminés à demander à M. Quevenne les modifications suivantes pour de nouveaux essais.

*Sixième expérience.* Une partie du sang humain provenant d'un érysipélateux a été reçu dans deux parties d'eau. On a agité légèrement pendant quelque temps et passé pour séparer la fibrine qui s'était formée. 10 sangsues pesant 22 grammes, 60, ont été laissées pendant neuf heures dans ce liquide. Lavées et essuyées, elles ne pesaient plus alors que 21 grammes, 60.

*Septième expérience.* La même expérience, et avec les mêmes circonstances, a été faite avec le sang d'une femme atteinte d'entérite. 10 sangsues, pesant 23 grammes, 30, après onze heures de séjour, ne pesaient plus que 22,60.

*Huitième expérience.* Dans les mêmes conditions, 6 sangsues, du poids de 17 grammes, 55, ne pesaient plus que 17,55. Plongées de nouveau pendant douze heures, elles se sont réduites à 16,30.

*Neuvième et dixième expérience.* Pour s'assurer que les sangsues employées dans les expériences 6 et 7 étaient propres à se gorger de sang, M. Quevenne, après leur avoir fait passer la nuit dans l'eau, les a mises en contact avec du sang nouveau, tiré à la femme atteinte d'entérite, après que ce sang eut été agité et passé pour en séparer la fibrine. Les 10 sangsues de l'expérience 6, pesant 21 grammes, 90, après onze heures de séjour dans le sang non dilué, pesaient 63 grammes. Augmentation, 41. Les 10 sangsues de l'expérience 7, soumises au même essai, ont augmenté de 36 grammes.

Ces faits nous paraissent aussi décisifs que singuliers; et les sangsues peuvent se nourrir de sang humain pur et liquide. Il est probable cependant que ce fluide conserve encore assez de consistance pour servir d'appui aux muscles qui composent le péritoine antérieur de l'animal. Mais les sangsues ne peuvent plus boire le sang étendu de deux parties d'eau; et à plus forte raison elles ne doivent pas tirer leur nourriture du sang, du sucre, et des autres substances qu'on ajoute quelquefois à l'eau dans laquelle on les conserve, et qui ne peuvent que la corrompre. Nous maintenons cependant une restriction à l'égard des jeunes sangsues, qui, ainsi qu'il est établi, se nourrissent et augmentent, quoique lentement, dans l'eau des réservoirs, tandis que les sangsues adultes y perdent constamment leur poids.

Nous terminerons en rapportant une expérience de M. Quevenne, qui semble prouver, plus que tout ce qui a été fait jusqu'à ce jour, que les sangsues sont pourvues de l'organe du goût.

8 sangsues pesant 19 grammes, 30, ont été mises dans un verre, en contact avec un morceau de maigre de veau; elles se sont tenues constamment dessous sans s'y attacher. Au bout de vingt-quatre heures, elles avaient déposé un peu de mucus filant. Elles ne pesaient plus que 17,20.

10 sangsues, pesanteur 25 grammes, 10, soumises à la même épreuve peu de temps après leur contact avec la viande, sont également restées dessous sans s'y attacher; elles ont répandu un peu de sang sur la partie inférieure du vase. Au bout de vingt-huit heures, elles étaient réduites à 19,10 et avaient perdu 6 grammes.

Les sangsues de ces deux expériences abandonnées dans l'eau, plusieurs sont mortes au bout de deux ou trois jours. 10 de celles qui avaient survécu, pesant 21 grammes, 50, ont été mises avec du sang pur préalablement lavé et passé. 5 sont devenues monstrueuses, 5 étaient moins grosses. Le tout pesait 80 grammes. Donc elles avaient pris 58,50 de sang.

Ces derniers essais ne prouvent-ils pas que les sangsues sont pourvues de l'organe du goût? Car elles ont repoussé une nourriture favorable à leur mode d'appréhension pour en adopter une sous une forme moins favorable, mais qui leur était plus agréable. Il y a là préférence marquée et preuve de la sensation du goût.

Si nous discutions avec autant de détails toutes les parties du mémoire de M. Charpentier, cela nous conduirait trop loin. Les paragraphes qui nous restent à examiner nous paraissant les plus importants et les plus neufs, et composés de faits qui ne peuvent être observés avec fruit que sur une grande échelle, nous nous bornerons à en donner ici un extrait autant détaillé qu'il nous sera possible.

### *Système de génération des sangsues.*

On sait que les sangsues sont pourvues des deux sexes; mais jusqu'à présent une seule expérience de M. de Blainville les présentait comme ayant besoin d'un double accouplement pour être fécondées. Les soins qu'a donnés depuis longtemps M. Charpentier à la conservation des sangsues, l'ont mis à même de confirmer ce fait un grand nombre de fois, et de le mettre hors de doute.

L'appareil générateur est très-compliqué chez les sangsues, dit M. Charpentier, en raison de ce que les deux sexes existent sur le même individu, ensuite parce que ces organes y sont très-développés. A ce qu'ont dit sur ce sujet divers auteurs qu'il cite, M. Charpentier ajoute qu'en allant de la ventouse orale vers les parties inférieures, l'organe mâle est situé au vingtième anneau, et l'organe femelle au vingt-cinquième.

L'époque des chaleurs est celle de l'accouplement de ces androgynes, ce qu'il est facile d'observer dans les marais ou les réservoirs qui servent à les conserver. On en voit beaucoup placées, comme les vers de terre, à côté l'une de l'autre, ventre à ventre et tête à queue, couchées sur le sol; elles ne s'accouplent guère avant la fin de mai, dans le commencement de juin, et vers la dernière moitié du mois d'août. L'acte de la copulation, qui a lieu plus généralement en juin, dure assez longtemps, et les sangsues restent le plus souvent plusieurs heures dans la même position. Quand on les sépare dans cette circonstance, on ne voit que deux points noirs,

l'un au vingtième et l'autre au vingt-cinquième anneau.

C'est toujours de grand matin et au frais que l'accouplement s'opère ; la chaleur fait rentrer les sangsues dans leurs trous : l'union des sexes n'a jamais lieu hors de l'eau ; grises ou vertes s'unissent indifféremment. Il en résulte probablement des variétés indéterminées.

On n'aperçoit les cocons que dans les premiers jours de juillet ; ce qui offre un intervalle de trente à quarante jours entre la copulation et l'époque où elles les déposent. Pendant cet intervalle, les alentours des parties génitales s'enflent et durcissent, et la peau jaunit sur ce point. Ce phénomène va croissant jusqu'au moment où le cocon est formé. Ce travail terminé, le renflement disparaît, et la peau reprend sa couleur et son état ordinaires.

On rencontre encore en petit nombre des cocons en septembre ; ils résultent des accouplements qui se sont opérés dans le mois d'août. C'est sous les gazons des berges que les sangsues déposent et organisent leurs cocons. Il est difficile de les suivre dans cette opération, parce qu'elles abandonnent aussitôt les endroits où on les met à découvert. Assez généralement elles forment leurs cocons dans les anciennes galeries de taupes ou de rats ; elles s'y réunissent quelquefois au nombre d'une trentaine ; rarement on les y rencontre isolées : dans ce dernier cas elles ont disposé elles-mêmes un emplacement convenable à peu de distance de l'eau.

Quand la sangsue est pour former son cocon, elle commence par préparer une substance qui ressemble au blanc d'œuf battu, destinée, en partie, à se convertir en tissu spongieux, et à entourer la capsule. Cette espèce de mucus est sans doute excrété par les parties génitales, et se trouve converti en mousse écumeuse à mesure qu'il sort ; ce qui viendrait à l'appui de ce genre de travail auquel se livrerait la sangsue, c'est qu'elle a constamment la tête penchée vers les parties génitales tant que dure la conversion en mousse de la matière muqueuse dont elle doit ensuite s'envelopper. En effet, quand la mousse est sécrétée, la sangsue s'en trouve entourée de toutes parts.

La capsule se forme ensuite ; la matière qui la constitue est formée de mucus et d'albumine (1), et paraît sécrétée également à l'état liquide par les organes générateurs. Les premières portions s'infiltrent et se répandent tout autour de la mousse sur une épaisseur de deux lignes environ, et se convertissent en tissu spongieux, tel que nous le voyons autour de la capsule.

Une fois le tissu spongieux formé, la même matière sert à constituer la capsule. Celle-ci prend la forme qu'on lui connaît, et occupe toute la partie qui est devenue jaune et gonflée après l'accouplement, et la sangsue s'en trouve enveloppée comme d'un corcelet.

Le tissu et la capsule étant formés et le cocon constitué, la sangsue y dépose alors la pulpe gélatineuse qu'on y observe. Cette pulpe contient les germes encore imperceptibles des êtres qui en proviendront. Ce travail terminé, la sangsue, au moyen de contractions qu'elle opère en se raccourcissant et s'allongeant alternativement, se débarrasse de son cocon, et c'est par la tête que cette opération a lieu.

La matière mousseuse, semblable à du blanc d'œuf fouetté, n'a ni saveur ni odeur sensibles ; elle paraît être du mucus mêlé d'air ; sa quantité peut se comparer au volume d'une noix ; elle se trouve donc en excès, puisque les cocons sont loin d'avoir cette grosseur, et que le tissu spongieux n'a que deux lignes environ d'épaisseur. Le superflu s'affaisse et se réduit à rien.

Cette mousse représente des prismes hexagones et les imprime à la capsule, de sorte qu'en détachant avec soin le tissu spongieux d'un cocon, on voit très-bien, sur toute la surface, les creux réguliers d'un dé à coudre.

Ainsi que l'a déjà dit l'auteur du mémoire, c'est par un mouvement de contraction que la sangsue se débarrasse de son cocon ; au même instant les deux bouts se referment à la manière d'une bourse à cordons, mais jamais hermétiquement : il reste toujours une petite ouverture de chaque côté, qu'on n'aperçoit pas. Ces ouvertures sont cachées dans le tissu spongieux ; mais on s'assure de leur existence à l'aide d'une épingle qu'on y introduit ; on les distingue très-bien quand on a ouvert les cocons. En les examinant, on voit comment cette espèce d'œuf était placé, et de quel côté il a tenu en dernier lieu à l'animal. Ils existent constamment, et expliquent pourquoi on rencontre souvent des larves dans l'intérieur des cocons.

Ordinairement, quand la sangsue est en travail, elle commence et finit le cocon sans désemparer. M. Charpentier en a vu cependant préparer la matière mousseuse, la laisser là, puis recommencer de nouveau jusqu'à l'achèvement du cocon.

La sangsue commence et finit son cocon sans interruption ; elle emploie à cela cinq à six heures, et quelques minutes seulement pour s'en débarrasser. Le tissu spongieux manque quelquefois sur plusieurs points de la surface du cocon, quelquefois même presque totalement, parce que, dans ce cas, sans doute le cocon aura été mis à découvert accidentellement avant l'élaboration de la mousse. M. Charpentier a essayé d'y suppléer en appliquant de la mousse écumeuse sur les parties de la capsule qui étaient dépourvues, sans qu'elle se soit convertie en tissu spongieux. Cela se conçoit, la nature a pourvu la sangsue d'une faculté qu'une main étrangère ne saurait remplacer.

Quand la capsule sert encore d'enveloppe à la sangsue, et que la mousse ne la recouvre pas encore, elle est glutineuse au toucher, sans odeur ni saveur sensibles, réfléchissant les couleurs de l'arc en ciel ; elle passe ensuite au jaune clair, puis au brun.

La matière pulpeuse que la sangsue dépose dans le cocon est d'une couleur grise, insipide et inodore ; elle se dessèche à l'air, et devient bientôt friable et cassante.

Le volume du cocon varie selon la grosseur de la

(1) Il y a quelques années, sur la demande du docteur Rayer, M. Boullay a constaté que le cocon, aussi bien que la matière pulpeuse, sont composés de mucus et d'albumine.

sangsue qui l'a formé. Sa longueur est de 7 à 8 lignes, son diamètre de 5 à 8, le poids en est encore plus variable dans la limite de 16 à 50 grains, selon l'état de plénitude ou de vacuité. Le cocon, tant qu'il contient la sangsue, conserve son volume et son poids; ensuite il s'affaisse et se dessèche.

Ce n'est qu'après trente à quarante jours, après la formation des cocons, qu'on voit sortir les premières sangsues; de sorte qu'à partir de l'accouplement, il s'écoule environ soixante-dix jours, pour que le temps de la gestation et le développement intra-capsulaire se soient opérés. L'élévation de la température peut avancer l'expulsion des cocons indépendamment de leur volume, qui varie beaucoup sans que les sangsues soient pour cela moins vivaces, et ne se développent également bien. Avant leur entier développement intra-capsulaire, elles sont rouges, et d'autant plus que le moment où elles doivent sortir est plus éloigné. Si on retire les sangsues des cocons dix à douze jours avant l'époque fixée par la nature, elles sont déjà susceptibles de vivre dans l'eau. Le *pigmentum* se développe, et elles continuent à grossir comme si elles avaient conservé leur enveloppe.

Le nombre des sangsues contenues dans les cocons varie depuis trois jusqu'à vingt-quatre. Ce ver ne produit qu'une seule fois dans l'année; on ignore à quel âge il peut se reproduire, et combien de temps il conserve cette faculté.

### *Maladies des sangsues.*

Les sangsues ne sont atteintes que d'un petit nombre de maladies. Dans l'état d'isolement et de liberté, elles paraissent vivre très-longtemps sans éprouver les altérations auxquelles elles sont sujettes lorsqu'on les réunit en grand nombre. Alors la mortalité devient fréquente, et frappe sur des masses considérables à la manière des épidémies.

L'entassement dans des pots ou des sacs de toile, la chaleur et surtout le défaut d'air qui suppriment les fonctions de la respiration essentielles à l'existence des sangsues qui périssent promptement dans une eau privée d'air, sont des causes graves de mort dans les longs voyages qu'elles sont obligées de subir, surtout depuis que leur usage, devenu si fréquent, oblige d'en faire venir de contrées lointaines. On en perd généralement 8 à 10 p. 100, quelquefois la moitié, et encore, malgré les soins qu'on y apporte, la mortalité continue, cesse, et reparaît dans les réservoirs souvent pendant plusieurs mois, surtout quand il fait chaud. L'enlèvement des cadavres et le renouvellement de l'eau sont les moyens les plus efficaces de rétablir ou de préserver les sangsues de la destruction complète.

Une température de 10 degrés est celle qui convient le mieux aux sangsues, quoiqu'elles puissent momentanément la supporter, soit à plusieurs degrés sous zéro, soit à trente degrés au-dessus. Les réservoirs sont les meilleurs moyens de conservation; accumulées dans des vases de petite dimension, elles rendent beaucoup plus de matières muqueuses que dans l'état normal, ce qui constitue un état véritablement maladif, elles maigrissent et finissent par périr. Après la mort, la décoloration du *pigmentum* a toujours lieu.

Les marchands de sangsues pensent que les orages agissent d'une manière fâcheuse sur cette espèce de ver. M. Charpentier nie l'action, dans ce cas, de l'électricité atmosphérique. Il s'appuie sur des expériences remarquables, desquelles il résulte que des sangsues exposées à l'action d'une machine électrique en paraissent contrariées; mais reprennent ensuite leurs mouvements sans que leur santé soit altérée, à moins que les décharges ne se prolongent, car alors elles souffrent sensiblement, leur corps devient dur, sans que cela les fasse mourir, à moins qu'on ne continue à faire pleuvoir sur elles le fluide électrique. M. Charpentier pense donc que c'est bien plutôt par l'élévation de température qui accompagne ordinairement les orages, nous ajouterons les brusques transitions qui ont lieu dans ces circonstances, que beaucoup de sangsues périssent; à moins qu'elles ne soient protégées par un grand volume d'eau, ou par la facilité de s'enfoncer dans la vase ou dans les trous qui leur servent ordinairement de retraite.

Contre l'opinion reçue, M. Charpentier ne croit pas que les sangsues se piquent ou se mordent entre elles, que les grises attaquent les vertes, et *vice versâ*. Il ne croit pas à la guerre parmi ces peuplades; mais il a remarqué que lorsqu'on mêle des sangsues malades à celles qui se portent bien, celles-ci les piquent impitoyablement, et que ce n'est jamais dans l'eau que la morsure a lieu.

On sait que le canal digestif des sangsues s'irrite et s'enflamme. L'irritation s'étend à la bouche. Les lèvres alors sont rouges et boursouflées. Quelquefois le mal se circonscrit, et une tumeur inflammatoire se forme sur un seul point du corps, les mouvements se ralentissent, l'animal dépérit et succombe. Souvent celles qui ont voyagé sont remplies de nodosités par l'effet de la chaleur, de la privation d'eau et d'air.

Les sangsues maigrissent toujours en bassin; cependant, si de cent livres en poids qui représentent, par exemple, vingt-cinq mille, on ne retire au bout d'un certain temps que cinquante livres, il ne résulte pas qu'il en sera mort douze mille cinq cents; la mortalité entre ordinairement dans cette perte pour sept à huit mille, et ce sont en général les plus grosses qui succombent.

Si l'accumulation des sangsues, jointe à l'élévation de la température, fait périr promptement une multitude de sangsues, dans d'autres circonstances elles annoncent une grande ténacité à la vie. M. Charpentier en a vu vivre une année entière, quoique privées de la ventouse anale, et même d'une portion de la partie inférieure du corps, ce qui le porte à penser que l'anus, chez ces animaux, n'est pas essentiel à leur existence; ne serait-il pas plus naturel de croire que dans la cicatrisation qui s'opère, une petite ouverture est réservée? L'altération de la tête de l'animal amène sa destruction rapide.

Il nous reste à parler de la confection des réservoirs, mieux connue maintenant et généralement, satisfaisante. Si, comme nous le présumons, M. Charpentier fait imprimer en entier son mémoire, on en trouvera une description détaillée, et de sages conseils pour arriver à diminuer les pertes que fait toujours éprouver la nécessité de rétablir les sangsues, ainsi colonisées, loin du lieu de leur naissance, malgré

tous les inconvénients de longs voyages qu'on leur fait supporter, et de les y conserver un temps plus ou moins long.

Les soins que M. Charpentier donne depuis longtemps à la conservation des sangsues, et des observations multipliées, faites sur une grande échelle, l'ont mis à même de confirmer des faits encore incertains, et d'en faire connaître qui sont entièrement nouveaux, surtout en ce qui concerne la génération, la formation des cocons, et les habitudes de cette espèce de ver. Son mémoire est terminé, ainsi que nous l'avons dit, par des considérations utiles sur le commerce des sangsues, sur leur conservation dans des réservoirs artificiels. Bien que plusieurs observations de ce genre aient été publiées, que quelques-unes se trouvent mentionnées dans un rapport fait à l'Académie royale de médecine par l'un de nous, elles sont encore peu connues, et il sera utile de les publier.

Nous proposons donc à la Société d'adresser des remercîments à M. Charpentier pour sa communication, et d'engager M. le secrétaire général à s'entendre avec MM. les rédacteurs du *Journal de Pharmacie* pour la publication de tout ou partie du mémoire. P. F. G. B.

---

## EXTRAIT DU PROCÈS-VERBAL

*De la Société de Pharmacie de Paris, séance du 4 avril* 1838.

Présidence de M. Cap.

La correspondance comprend, 1° un numéro des *Annales de Pharmacie*, de Just Liebig, 2° un numéro du *Répertoire de Pharmacie*, de Numberg ; 3° le numéro de février 1838 du *Journal de Pharmacie du Midi;* 4° le numéro de mars 1838 du *Journal de Pharmacie de Paris ;* 5° deux numéros de la *Gazette éclectique de Vérone;* 6° un bon adressé par l'Académie royale de Rouen (sciences et belles lettres), pour toucher un exemplaire du Précis analytique de ses travaux pendant l'année académique 1836 et 1837.

M. Bussy rend compte des séances de l'Institut.

MM. Duret et Félix Boudet lisent un rapport sur le mémoire de M. Breton, intitulé : Essais comparatifs sur les matières colorantes diverses employées pour la falsification des vins. Conformément aux conclusions de M. le rapporteur, la Société vote des remercîments à l'auteur.

M. Planche donne communication à la Société d'une note dont il est l'auteur, intitulée : Observation sur la forme ou l'état apparent qu'affectent les mélanges de certains corps avec le camphre, et sur les propriétés dont jouissent ces mêmes corps de masquer, d'atténuer ou d'exhaler son odeur.

M. le secrétaire lit, au nom de M. Guibourt, un rapport sur une note de M. Bonjean fils, relative à la présence de l'iode et à la production de l'acide sulfurique dans les eaux d'Aix en Savoie. M. le rapporteur conclut en demandant que des remercîments soient votés à l'auteur, et sa note manuscrite insérée au *Journal de Pharmacie*. (La Société adopte ces conclusions).

M. Thieulan, pharmacien à Paris, donne lecture d'une notice, dans laquelle il expose les recherches qu'il a faites pour constater la présence dans le pain d'une quantité fort notable de cuivre provenant des garnitures de machines employées à la fabrication des farines.

MM. Boullay et Chevalier sont nommés commissaires à l'effet d'examiner cette demande.

M. Quevenne communique à la Société un travail sur le ferment et la fermentation alcoolique.

M. Berton, sur le rapport de M. Félix Boudet, et M. Mialhe sur celui de M. Soubeiran, sont nommés membres résidants.

M. Cap présente au nom de M. Salles, correspondant de Clermont-Ferrand, une note sur la clarification des sirops *per descensum*. M. Boudet père, rapporteur.

*Séance du 2 mai* 1838.

La correspondance comprend : 1° un numéro du *Journal de Pharmacie* (avril 1838) ; 2° un numéro du *Journal de la Société de l'Eure* (renvoyé à M. Boullay) ; 3° le précis analytique des travaux de la Société de Rouen ; 4° un numéro des *Annales de Pharmacie de Liebig, Merck*, etc. ; 5° deux numéros de la *Gazette éclectique de Vérone* (renvoyés à M. Planche) ; une note de M. Deschamps, pharmacien à Avallon, sur un procédé qui consiste à envelopper les pilules de gomme adragante pour en masquer la saveur ; 7° un mémoire de M. Casaseca, professeur de chimie à la Havane, sur une nouvelle substance organique obtenue au moyen de la réaction du deutochlorure de mercure sur le liége (M. Bussy, rapporteur).

M. Bussy donne communication de quelques recherches sur la falsification de la vanille et sur la culture du thé, qu'on est parvenue à diriger avec succès dans quelques contrées de l'Europe.

Il rend compte aussi du rapport fait à l'Académie par M. Dumas, à l'occasion du travail de M. Perria, chimiste italien, qui, en faisant réagir à l'aide de la chaleur le chromate de potasse et l'acide sulfurique sur la silicine, a obtenu une huile analogue à celle que produit, dans les mêmes circonstances, l'acide benzoïque hydraté, et qu'il a nommée hydrure de salicine.

M. Guibourt rappelle, d'après M. Braconnot, que la populine, soumise à l'action de la chaleur, se comporte comme le fait la salicine dans les circonstances dont on vient de parler.

M. Boullay fait un rapport favorable sur le mémoire de M. Thieulan qui a pour objet la présence du cuivre dans le pain, et concluant au vote de remercîments à adresser à l'auteur, le présente à la Société en qualité de membre résidant. (MM. Boullay et Pelletier, commissaires pour l'admission ; M. Chevallier, rapporteur.)

Un second rapport est lu par M. Boullay, à l'occasion de la séance prochaine du congrès scientifique de Clermont-Ferrand. Les conclusions de ce rapport,

en raison du bref délai qui reste à courir jusqu'à l'époque de cette séance, sont modifiées par la Société, qui décide que MM. Lecoq et Salles, ses correspondants en cette ville, seront chargés de la représenter dans ce congrès.

M. Félix Boudet fait connaître à la Société les résultats les plus saillants d'un travail entrepris en commun par M. Pelouse et lui sur les corps gras, et qu'ils doivent incessamment publier en entier.

M. Dubail présente un échantillion d'opium imitant celui de Smyrne, dont il vient d'être répandu une quantité considérable, tant dans le commerce de Paris que dans celui du Havre, et dont plusieurs caisses viennent d'être saisies à la requête de l'École de Pharmacie. Cet opium n'offre point la moindre trace de morphine. Il est en pains bien feuillés, d'une section noirâtre, d'une consistance légèrement élastique. Il devient lactescent au contact de l'eau. Ses solutés aqueux et alcoolique sont neutres aux papiers réactifs, et ne précipitent nullement par l'ammoniaque. Son odeur et sa saveur sont analogues à celles de l'opium ordinaire, quoique plus faibles. Il a été falsifié avec une telle habileté, que le caractère réputé inimitable jusqu'alors des larmes transparentes agglutinées, apparaît même à la coupe; en sorte que ce caractère, décisif jusqu'à présent pour faire reconnaître l'opium pur, perd, en raison de ces circonstances, presque toute sa valeur. Ce mauvais produit a été, à ce qu'il paraît, importé d'Angleterre, et cette fraude explique le bas prix auquel se vendent, dans ce pays, la morphine et ses sels. M. Dubail, se fondant sur la gravité des conséquences que de telles falsifications peuvent entraîner pour les malades, demande qu'une commission soit nommée, à l'effet de présenter aux chambres une pétition pour provoquer des lois sévères contre les falsificateurs des substances destinées à l'art de guérir.

MM. Boullay et Chevallier pensent que la législation actuelle serait suffisante si elle était appliquée, et désirent que le fait dont il vient d'être question soit déféré purement et simplement à M. le ministre du commerce.

Une commission, composée de MM. Planche, Guibourt, Cap et Dubail, est nommée, à l'effet d'éclairer cette question.

M. Robiquet présente à la Société le principe qui dans les amandes, possède la singulière propriété de réagir sur l'amygdaline, et de déterminer sous l'influence de l'humidité la production de l'huile essentielle d'amandes amères. M. Robiquet a donné à ce principe nouveau le nom de synaptase (du mot grec Συναπτω *je réunis*), parce qu'il sert, pour ainsi dire, et conformément à l'opinion déjà émise par MM. Robiquet et Boutron, de lien commun entre l'amygdaline et l'eau.

Les principales propriétés de la synaptase sont :

1° D'être d'un blanc jaunâtre, tantôt cassante et vernie comme du gluten desséché, tantôt opaque et spongieuse comme de la sarcocolle;

2° Très-soluble dans l'eau froide, et à peu près insoluble dans l'alcool;

3° De se coaguler par la chaleur vers 60° centigrades lorsqu'elle est en solution dans l'eau;

4° Cette même solution ne précipite ni par les acides ni par l'acétate de plomb;

5° Elle précipite fortement par le tannin;

6° Elle ne jouit point, comme la diastase, de la propriété d'empêcher la fécule de faire empois avec l'eau chauffée à 60 degrés;

7° Elle réagit très-fortement sur l'amygdaline, même à la température de 80° cent.;

8° Sa solution, exposée au contact de l'air, ne tarde point à subir une décomposition très-prononcée; cette solution se trouble chaque jour davantage, et elle acquiert une odeur fétide. Il se forme avec le temps un dépôt blanc floconneux fort abondant.

9° Soumise à l'action de la chaleur, elle éprouve peu de tuméfaction, donne de l'huile empyreumatique, et un produit acide qui contient un peu d'ammoniaque. Cette acidité fait craindre à M. Robiquet que la synaptase ait retenu un peu d'acide acétique provenant de la préparation. Cependant, mise en contact avec l'acide sulfurique concentré, elle y subit une sorte de ramollissement qui permet de la délayer sans qu'il se dégage de l'acide acétique perceptible à l'odorat, et il n'y a point d'acide sulfureux de dégagé.

Une goutte de teinture d'iode développe immédiatement, dans une solution de synaptase, une couleur rouge rosée très-intense, sans occasionner de précipité.

Le mode de préparation indiqué par M. Robiquet consiste à délayer du son d'amandes douces privé d'huile dans le double de son poids d'eau pure, et à soumettre le mélange à une pression graduée, après deux heures de macération; puis on filtre le liquide, on précipite la matière dite albumineuse par l'acide acétique, on filtre de nouveau pour séparer la gomme au moyen de l'acétate de plomb; une troisième filtration élimine cette combinaison, et on se débarrasse de l'excès d'acétate employé, en soumettant la liqueur à un courant d'hydrogène sulfuré; mais il est essentiel d'opérer rapidement: l'excès d'hydrogène sulfuré est enlevé à l'aide de la machine pneumatique; on filtre encore pour séparer le sulfure de plomb, et enfin on précipite la synaptase par une addition suffisante d'alcool. Le sucre reste en dissolution; on recueille le dépôt, on le lave avec de l'alcool, et on fait sécher dans le vide.

### *Séance du* 6 *juin* 1838.

La correspondance comprend, 1° une lettre de remercîments adressée par M. Buchner fils, à l'occasion du diplôme qu'il a reçu de la Société. Cette lettre est accompagnée d'un mémoire sur l'acide aconitique (renvoyé à M. Vallet); 2° une lettre de M. Fremy, secrétaire perpétuel de la Société royale d'agriculture et des arts de Seine-et-Oise, annonçant l'envoi du recueil des mémoires de cette Société pendant l'année 1837; 3° trois numéros de la *Gazette éclectique;* 4° les numéros de mai et de juin du *Journal de pharmacie;* 5° un exemplaire du programme du congrès scientifique de France.

M. Budet père fait un rapport verbal sur le mémoire de M. Salles, relatif à la clarification des sirops composés per descensum. Ce mémoire devra être inséré dans le *Journal de pharmacie.*

M. Moutillard, fait un rapport verbal sur le précis

analytique des travaux de l'Académie de Rouen, pour l'année 1837. On remarque dans cet ouvrage l'analyse faite par MM. Girardin et Morin, d'une nouvelle source d'eau minérale ferrugineuse, découverte à Forges-les-Eaux, par M. le docteur Cisseville, et dans laquelle le carbonate de fer existe en plus grande proportion que dans l'eau des sources anciennement connues. Dans la source dite la Cardinale, par exemple, la plus riche jusqu'alors en carbonate de fer, la proportion de ce sel est de 4 centigrammes 1/2 par litre d'eau. Cette proportion est pour la nouvelle source de 6 centigrammes; on y rencontre aussi une matière organique de nature bitumineuse, qui, par sa réaction sur les sulfates de chaux et de magnésie que contient cette eau, communique à celle-ci, après quelques jours de repos, une odeur faible d'acide sulfhydrique et une couleur noîratre due au sulfure de fer formé. M. Moutillard termine son rapport par quelques mots sur la vie et les travaux de M. Dubuc, naguère doyen des pharmaciens de Rouen, et dont la perte récente encore, est vivement sentie par ses confrères.

M. Caillot présente un sel cristallisé en longues aiguilles prismatiques d'une couleur blanc d'argent, qu'il est porté à considérer d'après une seule analyse qu'il a faite, comme formé d'un atome de bisulfocyanure de mercure et d'un atome de cyanure du même métal.

M. Dubail lit un rapport sur une formule d'emplâtre pour le sparadrap, présenté par M. Sévin. Sur les conclusions du rapporteur, la Société décide que cette formule et un extrait du rapport seront insérés au *Journal de pharmacie*.

Le même membre présente un échantillon de capillaire venant de la Chine, qu'on offre dans le commerce comme capillaire du Canada, auquel il ressemble par la forme des feuilles, qui sont allongées et crénelées latéralement, et dont il diffère par la simplicité de la tige, qui ne se divise point en plusieurs rameaux, comme celle de l'adiantum pedatum. Ce capillaire du reste n'a point d'odeur.

M. Chevallier fait un rapport d'admission sur M. Thieulan, et M. Tassart, au nom de M. Soubeiran, en lit un du même genre sur M. Bonjean fils, pharmacien à Chambéry. Ces deux pharmaciens sont nommés l'un membre résidant, et l'autre membre correspondant de la Société.

M. Boutron donne lecture à la Société de la liste des noms de ses membres, tant résidants que correspondants et honoraires. Cette liste, devra être insérée dans l'un des numéros prochains du *Journal de pharmacie*.

---

# Encyclographie

DES

# SCIENCES MÉDICALES.

---

REPRODUCTION EN LANGUE FRANÇAISE DES OUVRAGES PÉRIODIQUES PUBLIÉS EN ANGLETERRE, EN ALLEMAGNE ET EN ITALIE SUR CES SCIENCES;

SAVOIR :

MEDICO-CHIRURGICAL REVIEW, BY JAMES JOHNSON;
MEDICAL QUARTERLY REVIEW;
DUBLIN JOURNAL;
LONDON MEDICAL GAZETTE;
LONDON MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL;
THE LANCET;
EDIMBURGH MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL;
MEDICO-CHIRURGICAL TRANSACTIONS;
JOURNAL FUER CHIRURGIE UND AUGENHEILKUNDE, VON GRAEFE UND WALTHER;
JOURNAL DER PRACTISCHEN HEILKUNDE, VON HUFELAND UND OSANN;
WISSENSCHAFTLICHE ANNALEN DER HEILKUNDE, VON HECKER;
PREUSSISCHE MEDICINISCHE ZEITUNG;
FRORIEP'S NOTIZEN AUS DEM GEBIETE DER NATUR UND HEILKUNDE;
HEIDELBERGER MEDICINISCHE ANNALEN;
CLARUS UND RADIUS, BEITRAEGE, ETC.;
WUERTEMBERG'SCHES MEDICINISCHES CORRESPONDENZ-BLATT;
MUELLER'S ARCHIV FUER ANATOMIE, PHYSIOLOGIE, ETC.
ZEITSCHRIFT FUER GEBURTSKUNDE;
CASPER'S WOCHENSCHRIFT;
OMODEI, ANNALI UNIVERSALI.

---

**BRUXELLES,**

SOCIÉTÉ ENCYCLOGRAPHIQUE DES SCIENCES MÉDICALES,

RUE DE FLANDRE, N° 155.

1838.

# C.W. HUFELAND'S JOURNAL

DER

# PRACTISCHEN HEILKUNDE,

CONTINUÉ PAR E. OSANN.

*Fièvre intermittente pernicieuse et soporeuse, observée chez un garçon qui n'avait pas encore atteint l'âge de trois ans;* par le Dr HORST, à Cologne.

( Suite et fin (1) ).

Le cas de maladie ci-dessus, vu le symptôme très-grave du coma profond (2), que nous avons vu se reproduire à chaque accès jusqu'à la guérison complète du petit malade, doit être incontestablement rapporté à la fièvre intermittente soporeuse, bien que les accidents convulsifs et presque épileptiques ne lui appartiennent pas essentiellement. Quelques écrivains, néanmoins, les ont observés de temps en temps, et les ont considérés comme un degré supérieur d'une affection nerveuse anomale. — Dans le cas présent, tous les phénomènes que l'on a pu remarquer durant les accès, ne laissent plus le moindre doute sur la nature de cette fièvre intermittente ataxique. Et cependant, ici, les intermissions ne paraissent pas toujours complètes, comme dans le cas d'une marche favorable; il n'y a même, parfois, que des remissions considérables; quelques traces de symptômes dominants persistent, quoique à un degré bien différent et fortement tranché; de même, les symptômes de fièvre, dans certains cas, ne se suivent pas très-régulièrement : quelquefois la chaleur et le froid apparaissent simultanément, les régions supérieures sont brûlantes (1), et les membres d'un froid de marbre, ainsi que cela a eu lieu chez l'enfant qui fait le sujet du présent mémoire. Selon les observations des autres médecins, la chaleur précède plus d'une fois le stade du froid, et se termine sans la sueur.

Le sédiment briqueté de l'urine, à la fin d'un accès de fièvre, est considéré généralement comme signe pathognomonique; pourtant ce signe manque quelquefois, comme l'attestent plusieurs médecins dignes de foi :

Senac (2), loin de le remarquer, a, parfois, trouvé l'urine naturelle chez des individus devenus malades au printemps (le cas rapporté par nous est de ce nombre), ou bien dans les fièvres très-disposées à passer à l'état de fièvres continues ou rémittentes. Werlhof (3), dans sa description de la fièvre soporeuse, n'en fait pas non plus mention. Chrétien Weber (4) a observé l'urine claire et fréquente, dans une fièvre tierce apoplectique et très-maligne; le sédiment briqueté ne se fit remarquer qu'après que le malade eut fait usage de quinquina pendant une semaine entière, et qu'il fut, pendant tout ce temps délivré de cette maladie grave. Fr. Lautter (5), ayant eu l'occasion d'étudier deux épidémies, n'a pas non plus trouvé ce dépôt à l'époque de la seconde, quoique cependant il l'ait observé durant la première. Storck (6), à la vérité, a remarqué ce signe après chaque accès, chez deux individus attaqués de la fièvre quarte, chez lesquels la sueur, qu'il croyait nécessaire à la fin des accès, n'a d'abord pu être provoquée à l'aide d'au-

(1) Voyez l'Encyclogr. des sc. médic., tom. XXX, 2e sér., p. 117.

(2) Lethale symptoma perniciosæ cuilibet intermittenti, non uni tertianæ familiare est gravis affectus soporosus, seu profundus lethargus, qui paroxysmos febriles sæpe sæpius comitari consuevit. Contigit iste quandoque in principio accessionis. quandoque in augmento,et crescente febre servata proportione cum eadem crescit, quemadmodum ea declinante paulatim declinare solet, restitante tamen ut plurimum aliqua in sopòrem propensione etiam tempore intermissionis. *Franc. Torti Therap. spec. ad Febres periodicas*, lib. III, cap. x, p. 177. — Torti, qui place la fièvre intermittente soporeuse au rang des *comitat.* en rapporte un exemple semblable avec complication d'accidents épileptiques, chez un jeune homme qui, avant cette époque, n'avait jamais connu d'épilepsie. La guérison eut lieu au moyen du quinquina, sans qu'un nouvel accès épileptique se fût encore reproduit. Torti, lib. I, cap. x, p. 109. — L'enfant, dont il est ici question, lui aussi n'avait pas jusque-là présenté la moindre trace de convulsions.

(1) At sæpe non omnes partes æque aggreditur frigus : vidi aliquando partes infernas frigentes, supernis calore exustis. *Senac*, p. 22.

(2) Quæ ejusmodi carent urinis lateritiis febres eæ sunt imprimis vernales, aut quæ in continuas,aut remittentes abeunt; p. 112.

(3) L. c., p. 69-70.

(4) Observationes medicæ, fascicul. I, observ. x, § 21.

(5) Histor. medic. biennal. morb. rural., cap. IV, p. 173-174.

(6) Annus medicus secundus, p. 172.

cun moyen ; mais, ayant prescrit aux malades l'emploi des frictions, dès le début du froid, sur toute la partie dorsale et l'os sacrum, avec un morceau d'étoffe de laine imprégnée de camphre, puis une boisson chaude, la sueur commença à se manifester, et, au même instant, l'hypostase disparut à la fin des accès. Selon Auriville (1), le dépôt en question manquait dans les fièvres intermittentes ataxiques, non-seulement immédiatement après l'accès, mais aussi quelques jours plus tard. Burserius (2), suivant ses propres observations, ne considère pas ce signe comme pathognomonique. Chez la femme enceinte, dont j'ai rapporté plus haut l'histoire, le sédiment, au début de la maladie et à la suite de chaque accès, était toujours *laterit.*; plus tard, quand l'ataxie se fut développée, il devint alternant : parfois, lorsque la fièvre suivait une marche régulière, on ne le voyait point paraître de 14 jours. Chez l'enfant, qui fait le sujet principal de notre observation, aussi bien après le troisième accès (c'était l'un des plus graves) que même lorsque la marche de la maladie devint plus calme, l'urine était constamment fort trouble et jumenteuse, puis, au bout de quelques heures, elle se clarifiait un peu et, enfin, déposait un sédiment blanc et épais.

Ces diverses observations prouvent du moins que, si la présence d'un dépôt briqueté se fait remarquer après l'accès, l'absence de ce signe n'offre aucun indice certain de la non-existence d'une fièvre intermittente.

Torti (3), Werlhof (4) et autres ont remarqué l'assoupissement le plus souvent dans les fièvres tierces, simples et doubles, tandis que le cas rapporté par nous, présente le type d'une quotidienne double, ce qui dans les fièvres intermittentes soporeuses n'a presque pas été observé jusqu'ici, excepté quelques cas particuliers dont parlent Forestus, Storck, Burserius, Lautter, Vogel, etc.

Selon l'expérience des écrivains nommés ci-dessus, l'assoupissement profond ne se manifeste ordinairement, dans la plupart des cas, qu'au troisième accès de la fièvre tierce, c'est-à-dire le cinquième jour de la maladie (5), et encore est-il annoncé par quelques signes précurseurs (6) qui, dès les premiers accès, même dans les fièvres présentant un caractère bénin, indiquent déjà une malignité cachée. Ces signes consistent en un sommeil un peu plus profond et qui n'est pas du tout naturel : les malades, à leur réveil, au lieu de soulagement, éprouvent de la lassitude, du malaise, et se sentent plus abattus encore ; ils consistent outre cela en un besoin fréquent d'uriner ; l'excrétion de l'urine occasionne un sentiment de cuisson, le fluide même est épais, d'un brun très-foncé, d'une odeur désagréable, et sa surface se couvre d'une légère pellicule ; enfin, l'on remarque des douleurs dans la région épigastrique, et d'autres signes moins constants. Torti et Werlhof recommandent, par conséquent, vu la gravité du cas et l'imminence du danger, d'être bien attentif au moindre indice qui peut mener à la connaissance exacte de la périodicité, ainsi qu'à la découverte de la malignité cachée ; de plus, le dernier rappelle particulièrement, de ne pas trop s'attacher aux indications vacillantes fournies par l'urine (*l. c.*, p. 68).

Chez notre patient, le premier accès parut très-violent ; il ne fut précédé d'aucun signe précurseur (1), et fut accompagné d'un *sopor* si profond, menaçant d'un danger si imminent que, comme Wichmann (2) le fait observer fort judicieusement, ayant affaire à un enfant, le médecin, loin de porter son diagnostic tout d'abord sur une fièvre intermittente soporeuse, se prononcera plutôt pour une affection violente et locale du cerveau.

Les premiers praticiens ont démontré que ces fièvres soporeuses, débutant soit comme sporadiques, soit comme maladies épidémiques, peuvent guérir, dans des cas fort rares et, le plus souvent, chez les enfants seulement, par les propres forces de la nature ; mais il faut que le secours vienne à temps, qu'il soit bien approprié et précédé d'un diagnostic exact. Il paraît plus certain, d'après Torti (3), que, si le *sopor* s'accroît à chaque accès, s'il survient du hoquet, alors le troisième, le quatrième tout au plus, et même, quand le début est tumultueux et violent, le premier accès déjà (4) peut amener une mort subite. Dans des cas particuliers, après de longues souffrances et plusieurs attaques violentes et consécutives, une fièvre continue et hectique, ou bien l'hydropisie, met enfin un terme à la vie. Burserius (5) ajoute à ces observations que le cerveau, surtout chez les personnes très-avancées en âge, s'affaiblit considérablement, et qu'alors les individus succombent bien souvent aux attaques d'apoplexie.

L'on a proposé différents modes de traitement pour arrêter l'accès existant déjà, ou empêcher son retour : les opiats et les saignées. Morton (6), Torti (7), Senac (8), Werlhof (9), Cas. Medicus (10) et Burserius (11) recommandent l'emploi de la saignée générale dans l'accès même, puis, des sangsues, des ventouses, des lavements, etc. Senac (12), a remarqué que, vu la constitution dominante à cette épo-

(1) Diss. de febribus intermittentibus malignis, 1765, dans Baldinger syllog. select. opusculorum, vol. I, p. 12.
(2) Instit. medicin. pract, vol. I. part. I, p. 152.
(3) P. 293-309, lib. IV, cap. III, Hist. febr. intermitt. lethargicæ.
(4) Ex tertianarum genere fuerunt omnes, in quibus id quidem febrium symptoma observavimus, vel observatum comperimus, simplices aliæ, aliæ paroxysmo secundario adscito duplices ; p. 64-65.
(5) Werlhof, l. c., p. 65.
(6) Id., l. c., p. 69-70.

(1) Torti, l. c., p. 178.—Senac, l. c., p. 73.
(2) Ideen zur Diagnostik, part. III, p. 100.
(3) L. c., p. 177.
(4) Werlhof, l. c, p. 66.
(5) L. c., p. 240.
(6) De proteiformi feb. intermitt. genio, cap. IX, p. 110.
(7) L. c., libro IV, cap. III, p. 297.
(8) L. c., p. 253.
(9) L. c., p. 116.
(10) L. c., t. II. p. 395.
(11) L. c, vol. I, part. 1, p. 239.
(12) L. c., p. 145.

que, ni trois ni quatre saignées n'amenaient aucun amendement dans les fièvres doubles tierces; chez beaucoup de malades le pouls était si dur, les douleurs de tête si sensibles, que le médecin se voyait obligé de répéter la phlébotomie jusqu'à 5 à 6 fois. Riverius (1) ordonnait la saignée générale une heure avant l'accès et, par ce moyen, empêchait son apparition. Quoique Sydenham (2) proscrive en général les émissions sanguines, il établit cependant une exception en faveur des sujets d'un tempérament sanguin, principalement dans la saison du printemps; il conseille également, au cas qu'un vomitif fût jugé nécessaire, de le faire précéder d'une saignée selon les circonstances, puis, immédiatement après d'administrer quelque opiat. Van Swieten (3) se range du même avis.

Ramazzini (4), au contraire, a observé que, lors de la constitution épidémique de 1690, où le temps était sans cesse couvert et l'atmosphère chargée d'humidité, les saignées entraînaient des conséquences fâcheuses, des fièvres tierces passaient à l'état de doubles tierces, et cela à une époque où l'on ne voyait régner ces dernières presque nulle part; d'un autre côté, l'emploi des saignées avait produit des soulagements notables l'année précédente, pendant un été très-sec. Fréd. Hoffmann (5), dans la description qu'il nous a laissée d'une fièvre intermittente de 1720, rapporte deux cas où les patients, qui auparavant s'étaient assez bien portés, moururent, après avoir été saignés, au milieu des sueurs froides, vers l'époque ordinaire du retour de l'accès; d'autres furent gravement affectés et présentaient des symptômes d'ataxie; enfin, d'autres encore, qui étaient d'un tempérament éminemment sanguin, si, par suite de la saignée, ils ne devinrent pas plus dangereusement malades, du moins virent-ils leur maladie se prolonger bien au delà du terme ordinaire.

Hufeland (6), lui aussi, condamne les émissions sanguines dans les fièvres intermittentes soporeuses, et n'y a recours que dans des cas extraordinaires.

L. Hoffmann (7), ayant plusieurs fois suivi exactement la méthode indiquée par Werlhof, n'en a point été satisfait du tout; par conséquent, il prescrivait plus tard, aussi bien pendant l'accès soporeux même que peu de temps avant, l'emploi des opiats (*Laudan. liquid. Sydenh.*, 50 gtt. avec addition de 10 gtt. de *Naphth. vitriol.*; à prendre en une seule dose); grâce à ce médicament, il sauva des malades à plusieurs reprises. Lind (8) eut recours, dans plus de 300 cas, au suc de pavot qu'il faisait administrer durant l'accès. Il a remarqué que ce remède, pris une demi-heure après le début de la chaleur, procure le plus souvent un amendement immédiat, puis, soulageant d'une manière sensible les embarras céphaliques, diminuant l'intensité de la chaleur et provoquant une sueur modérée, il abrège la durée de l'accès avec bien plus de certitude, que l'emploi d'une once de quinquina; cependant le même auteur déconseille l'usage de ce médicament, dès qu'il y a du trouble dans les fonctions cérébrales. Quant aux enfants, il leur ordonne, dès le début de l'accès, des frictions le long de la colonne vertébrale, avec parties égales de *Tinct. theb.* et *Liniment. saponat.*, et prétend l'avoir bien souvent enrayé à l'aide de ce moyen; il croit également avoir remarqué beaucoup de soulagement après la prise de 2 à 3 cuillerées à café de *Syr. e meconio*, administré dans le stade même de la chaleur; aux enfants qui n'auraient pas encore dépassé l'âge d'un an, le même auteur prescrit, d'abord un purgatif, ensuite une drachme de *Extr. Cort. peruv.* avec quelques gouttes de *Tinct. theb.*, dans un lavement répété toutes les trois heures. Dalberg confirme, dans une lettre adressée à Murray (1), l'efficacité de la méthode recommandée par Lind, à savoir, l'emploi de l'opium contre les fièvres intermittentes, et pendant la période de la chaleur. Thom. Houlsten (2) se prononce également en faveur de cette méthode. Wright (3) a de même obtenu, pendant son séjour dans les Indes occidentales, le meilleur succès du suc de pavot, employé à haute dose dans le stade de la chaleur. Enfin, Odier (4), qui avait suivi le même mode de traitement dans les fièvres intermittentes, jugea cependant nécessaire d'y ajouter quelques légères doses de quinquina et quelques laxatifs.

Berryat (5) prescrivait aux adultes, 20 à 30 gouttes, et aux enfants de 3 à 5 ans, 6 gouttes de *Laudan. liq. Sydenh.*, dans une infusion de *Hb. centaur. minus*, à prendre une heure avant l'accès; il soutient avoir guéri par ce remède des fièvres intermittentes, qui avaient résisté à l'usage du quinquina. Moi aussi, j'ai bien souvent administré avec le plus grand succès contre des fièvres tierces, un grain d'opium, une heure avant l'accès, après avoir préalablement écarté toute complication gastrique ou engorgement du système vasculaire; et, malgré cela, le quinquina a dû consolider la cure.

L'emploi des opiats contre les fièvres intermittentes n'est guère nouveau; il a été mis en pratique dans les temps les plus reculés. Galien, Trallian, et parmi les Arabes Avicenna, etc. faisaient déjà usage de la thériaque dans la fièvre quarte. Paracelse et ses successeurs ordonnaient, eux aussi, l'administration d'une pilule opiacée avant l'accès. Riverius (*opera medica*, observ. 26, p. 500) prescrivait également, mais avec prudence, l'opium, une heure avant l'accès, dans les fièvres intermittentes sopo-

(1) Op. medic., centur. IV, obs. LXXII.
(2) Op. medic., t. I, p. 191-193.
(3) Comment. dans H. Boerhaave, aphorism., etc., t. II, part. I, § 762, de Febr. intermitt.
(4) Op. medic., p. 145.
(5) Consultat. et respons. medic., centur. II-III, sect. IV.
(6) Encheiridion medic., p. 125.
(7) Vermischte medicin. Schriften, part. III, p. 420.
(8) S. Lind Versuch ueber die Krankheiten, denen Europæer in heissen Climaten unterworfen sind, p. 297-298-301.

(1) Murray, medicin. prakt. Biblioth., tom. III, liv. 2, p. 320-321.
(2) Samml. auserles. Abhandl. prakt. Aerzte, t. X, liv. 3, p. 384.
(3) Ibid., t. XIX, liv. 1, p. 46.
(4) Murray, medicin. prakt. Biblioth., tom. III, liv. 1, p. 408.
(5) Mémoires de mathématique et de physique, etc., t. II, p. 24.

reuses; ce médicament diminuait, au bout de quelques heures, l'intensité de l'accès et procurait un repos absolu pendant la nuit. Riverius termine ses observations ainsi qu'il suit : *Multum dubitavi in exhibitione Laudani, quod in paroxysmo ægra gravi sopore afficeretur, qui usu Laudani gravior effici poterat, sed eventus ratiocinio respondit, unde vera dicitur conclusio, quæ prima fronte valde videtur paradoxa, nempe soporosum affectum usu Laudani prohiberi posse.* G. W. Wedel (1) s'est aussi prononcé pour l'emploi des opiats pendant l'accès, quoique plusieurs de ses contemporains fussent de l'avis opposé.

Morton (2) et Werlhof (3) se prononçaient sévèrement contre l'usage de ce médicament dans les accès soporeux, et ne s'en servaient guère que contre les fièvres intermittentes pernicieuse, cardialgique, cholérique, ou bien contre les douleurs rhumatismales violentes, associées à l'accès. Cas. Medicus (4) a remarqué que ni les opiats ni les saignées n'amenaient de diminution dans la durée des accès, et, de tous les moyens, les lavements lui parurent encore les plus efficaces, lorsqu'ils provoquaient des évacuations intestinales; par conséquent, à l'époque où les fièvres soporeuses régnaient épidémiquement, en 1759, il ne fit absolument rien prendre à ses malades durant les accès, et ne choisissait, pour amener une prompte guérison, que le temps de l'apyrexie. Tralles (5) et Trnka de Krzowitz (6) ne conseillent pas non plus l'usage du suc de pavot contre les fièvres soporeuses. Störck (7) employa la méthode de Berryat avec un succès fort équivoque; deux de ses malades furent, à la vérité, débarrassés de la fièvre après un sommeil profond, mais ils se sentirent affaiblis, et manquèrent d'appétit; l'un d'eux eut des accès moins violents et cependant la fièvre ne l'a point tout à fait quitté. Chez tous les autres patients, le même remède a produit des vertiges et des pesanteurs de tête, les accès furent prolongés, et les selles manquèrent complétement. Burserius (8), suivant la même méthode, a remarqué des accidents très-graves et même mortels; il s'en rapporte également aux expériences défavorables de Morisot et de Deslandes.

Toutes ces observations contradictoires démontrent que les deux méthodes sont bonnes et efficaces, lorsqu'on sait les appliquer aux circonstances, lorsqu'on a égard, dans leur emploi, au tempérament et à l'âge des malades, à la nature de la maladie, et, enfin, à la constitution médicale épidémique dominante. Sydenham a donc bien raison de dire : *Qua methodo currente anno ægrotos liberaveris, eadem ipsa anno jam vertente forsitan e medio tolles* (*Op. med.*, t. I, cap. 2, p. 21).

(1) Wedel, Opiolog., p. 96.
(2) L. c., p. 55.
(3) L. c., p. 117-118.
(4) Sammlung von Beobachtungen, t. I, p. 210.
(5) De usu opii salubr. et noxia, sect. II, p. 63-64.
(6) Histor. Febr. intermitt., etc., p. 525.
(7) Ann. medic., part. I, p. 77.
(8) Institut. medicin. pract., vol. I, part. I, p. 194.

L'influenza de 1803, que j'ai eu l'occasion d'observer à Cologne et dans ses environs, a fourni des preuves irrécusables en faveur de l'importance qu'il convient d'attacher à la constitution épidémique dans les maladies aiguës. La maladie s'était aussi déclarée au printemps (au mois de février, mars et avril), à la suite d'une rougeole épidémique avec caractère nerveux; les symptômes dominants étaient : violente oppression de poitrine, point de côté, raucité, toux avec ou sans expectoration sanguine, mal de gorge, phénomènes gastriques et rhumatismaux, fièvre intense. Malgré l'affection de poitrine, et quoique le sang tiré de la veine eût présenté une croûte inflammatoire, les saignées générales, même les émissions sanguines les plus légères, ont cependant produit les plus mauvais effets (comp. *Hufeland's Journ. d. prakt. Heilk.*, vol. XVII, liv. I, p. 68). Déjà Stoll a manifesté le vœu qu'un rapprochement des diverses constitutions médicales observées jusqu'ici, éveillât l'attention des médecins (*Rat. medendi*, p. I, p. 280), et certes, c'est à M. Harless, médecin aussi distingué par son savoir que par son mérite personnel, que devrait être réservée la gloire de réaliser un vœu aussi juste.

La fièvre intermittente soporeuse n'attaque ordinairement que les personnes avancées en âge; chez les enfants, à part une espèce d'épidémie maligne, elle devra toujours être considérée comme un phénomène rare. L. Hoffmann (1), suivant sa théorie des spasmes des petits vaisseaux sanguins, croyait même que la fièvre dite mortelle (*Todtenfieber*), ne pouvait pas se déclarer chez de trop jeunes personnes; cependant, quelques médecins plus anciens en ont déjà indiqué plusieurs cas. Ainsi, Morton a eu à traiter deux enfants attaqués de fièvre double tierce soporeuse : l'un d'eux était un garçon de 12 (*l. c. Hist.* xxv), l'autre, touchait à peine à l'âge de 3 ans (*Hist.* xxx); Torti avait rencontré dans sa pratique un enfant très-délicat et pris de la même maladie (*l. c.*, p. 306). Wichmann a observé une fièvre intermittente apoplectique chez un enfant de 2 ans (1789), et, pendant une forte épidémie de fièvre algide (1774), une fièvre intermittente soporeuse chez un autre de 6 ans : cette fièvre, après trois accès, fut guérie par le quinquina (*l. c.*, part. III, p. 101). Goëlis, dans le cours de vingt ans, n'a remarqué, chez un grand nombre d'enfants, que quelques cas de fièvre soporeuse avec des intermissions très-complètes, mais jamais il n'eut l'occasion de l'observer sous une forme doublée.

Dans le cas rapporté par nous, le début tumultueux de la fièvre, accompagné d'un assoupissement profond dès l'invasion de la maladie, mérite de fixer l'attention; puis, la forme quotidienne double assez rare, l'hypostase blanche critique à la suite des accès, et enfin, la coopération bienfaisante de la vertu médicatrice de la nature même, qui amena la guérison sans le secours des fébrifuges proprement dits, et, dont la puissance avait déjà été observée, quoique

(1) Vermischte medic. Schriften, part. III, p. 416.

dans des circonstances rares, par d'autres praticiens expérimentés, tels que Sydenham (1), Morton (2) et Senac (3).

(Band LXXXVI, 1tes Stück, 1838.)

---

*Sur l'efficacité du petit-lait dans certains cas d'affections opiniâtres de l'estomac*; observation tirée de la pratique du docteur C.-A. DE TOTT, médecin et chirurgien praticien à Ribnitz, dans le Mecklembourg.

Tissot dit : « Le petit-lait est un des plus puissants remèdes que nous offre la nature, » et Hufeland (dans son excellent ouvrage : *Praktische Uebersicht der vorzüglichsten Heilquellen Teutschland's*, p. 23) s'exprime à ce sujet de la manière suivante : « Il est » temps d'arracher ce beau remède à la déconsidé- » ration dans laquelle il est tombé chez bien des » personnes, grâce à la partialité du jugement. Il » est cependant du nombre des ceux qui, sans pos- » séder les qualités appréciables par les sens, sans » porter une altération notable dans l'organisme, y » produisent, doucement et avec calme comme la » nature elle-même, les effets les plus étonnants. » Les médecins les plus renommés et les plus expérimentés tombent d'accord avec l'opinion de ce digne et respectable vétéran de notre art; il existe même depuis 1749 déjà, un nombre considérable d'établissements destinés à l'usage des personnes qui désirent essayer de ce remède; on en trouve entre autres à Gais et à Weissbad, en Suisse; à Eilsen, Salzbrunn, Reinerz, Kreutz près de Tegernsee, au pied du Kreutzberg, non loin de Brükenau, à Bocklet, Kissingen et autres lieux, en Allemagne. Outre l'écrit ci-dessus mentionné, de Hufeland, la science possède d'autres documents sur l'efficacité et l'emploi du petit-lait, publiés par des médecins attachés aux établissements que nous venons d'énumérer. Nous nous contenterons de recommander particulièrement l'ouvrage du docteur Zeller (*Die Molken-kur*. Würzbourg, 1828).

D'après ma propre expérience, le petit-lait préparé au moyen de la présure me paraît mériter la préférence; parce que le caractère animal (l'*animalité*) de la substance, de la présure, employée pour la préparation, a infiniment plus d'affinité avec la base (le lait) de nature également animale, qu'avec un acide végétal quelconque (vinaigre, crème de tartre); puis, une préparation de cette espèce, purement animale, me semble moins hétérogène avec la nature de l'homme, que toutes les autres formes de préparation.

Dans les cas où je fis emploi de petit-lait, non-seulement j'eus l'occasion de me convaincre de son efficacité toute particulière, mais encore me suis-je confirmé dans l'opinion, que ce remède devrait bien souvent obtenir la préférence sur les eaux minérales naturelles, transportées d'un lieu à autre; car le transport déjà, puis, le manque de soins dans le remplissage et l'expédition, enfin, la nécessité de devoir quelquefois les conserver longtemps, avant de pouvoir les débiter, toutes ces considérations portent préjudice à leurs qualités. Je me permettrai de rapporter trois cas seulement, dans lesquels l'usage de petit-lait a effectué tout ce qu'on pouvait espérer de cet agent thérapeutique.

Le premier de ces cas concerne M. S. B., négociant, qui avait été traité par un autre confrère au moyen de vésicatoires, d'emplâtres résolutifs, et de pilules d'assa fœtida et de rheum; puis, un chirurgien fut appelé, qui prescrivit des frictions mercurielles et l'usage de calomel avec la digitale, jusqu'à salivation. D'après le dire de ces deux personnages, le malade aurait été atteint d'un endurcissement du foie; l'un d'eux, le médecin, prétendait même que le patient avait, tout au plus, neuf mois de temps à vivre. L'examen de l'individu me présenta les résultats suivants : je vis d'abord que j'avais affaire à un sujet atrabilaire, un homme chez qui le système vasculaire abdominal était fortement prononcé; des embarras de dyspepsie remarquables, sans avoir été précédés d'hépatite ni aiguë ni chronique, étaient associés à l'obstruction du bas-ventre et aux *molimina* hémorrhoïdaux, et absolument tels qu'on les observe dans la plupart des pléthores abdominales. L'engorgement du foie ne me parut pas pourtant devoir être une induration réelle de cet organe, mais plutôt un engorgement des rameaux vasculaires, qui traversent la substance du foie, continué jusque dans leurs divisions les plus ténues (de la veine porte et des veines hépatiques), et produit par le sang. J'attribuai cet état à plusieurs causes : aux congestions des organes circulatoires, permanentes et se portant sans cesse vers la région du foie, à la torpeur des vaisseaux vasculaires hépatiques, enfin à la composition vicieuse du sang. Par conséquent, l'indication principale et unique me parut être, de débarrasser le système vasculaire abdominal, par les extrémités des vaisseaux hémorrhoïdaux, du sang qui s'y trouvait accumulé, hydrogéné et carbonisé à l'excès. Par ce moyen, je me proposai de délivrer le foie du poids qui l'oppressait, et de rétablir la liberté de la circulation dans cet organe. Je prescrivis donc : *Sulphur præcipitatum* avec *Magnesia carb.* et *Tartarus depuratus*, plus tard avec *Natrum phosphoricum*; des pilules composées d'extraits amers dissolvants avec aloès et soufre; l'application de sangsues à l'anus; pour boisson l'eau minérale artificielle de Carlsbad, l'eau sulfureuse saline de Frank (*salzigt-schwefelsaures Wasser*); puis, je défendis sévèrement l'usage des mets épicés, gras, acides; de bière et de spiritueux; de sel autant que possible; le malade ne devait boire que de l'eau pure, se nourrir d'aliments substantiels, non excitants, et se donner de l'exercice : mais tous ces soins n'amenèrent aucun résultat.

A peine le patient fut-il mis au traitement de petit-lait préparé au moyen de la présure, dont il prit depuis 3 jusqu'à 18 onces progressivement par jour, ce qui ne produisit journellement qu'une seule évacuation alvine ayant la consistance de bouillie (preuve d'un haut degré de torpeur dans le canal intestinal), à peine, disons-nous, eut-il fait emploi de ce remède

---

(1) Sydenham, Op. med., t. I. p. 50, de febre intermitt. An. 1661-62-63-64.

(2) Morton, de febr. intermitt. Prognost., cap. 5, exercit. I.

(3) L. c., p. 117.

pendant 14 jours consécutifs, en suivant le régime ordinaire des personnes qui prennent les eaux, qu'il se manifesta soudainement et sans aucune douleur, un flux hémorrhoïdal si considérable que le malade saisi d'effroi, quoique je l'y eusse préparé d'avance, se hâta de réclamer mon assistance. Je lui fis continuer l'usage du même remède, mais à faibles doses, pendant 14 jours encore, en recommandant d'observer une diète très-sévère, de boire régulièrement de l'eau, et de prendre beaucoup d'exercice. Depuis l'apparition du flux hémorrhoïdal, l'engorgement du foie, ainsi que tous les autres embarras ont disparu, et le malade, abstraction faite de légères indispositions qu'il éprouve, tous les ans une fois, à l'époque de l'écoulement hémorrhoïdal, se trouve, depuis un an et demi, si bien qu'il ne fait plus seulement mention de médecine, lui, qui autrefois la réclamait si ardemment, dominé par la peur d'un esprit hypochondriaque. — Je l'ai encore revu, il n'y a pas longtemps.

Un autre cas de l'efficacité du petit-lait s'est présenté à moi dans le traitement d'un bourgmestre. Ce brave homme souffrait, depuis plusieurs années, d'un écoulement hémorrhoïdal muqueux, qui alternait avec des nodosités de la même espèce, et était associé à une foule d'embarras nerveux et de dyspepsie, simulant assez bien les symptômes d'hypochondrie à son début. Bien des remèdes furent tentés par d'autres médecins, ainsi que par moi, afin de combattre le mal, ou du moins de procurer au malade quelque soulagement palliatif; mais pas un de ces remèdes n'eut la faculté d'opérer un changement dans son état. Même les eaux artificielles de Carlsbad, les eaux naturelles de Neundorf, enfin ceux de *Franzesbrunnen* ne produisirent aucun amendement. Après six semaines de traitement par le petit-lait, préparé au moyen de la présure, et administré à la dose d'un verre par jour (une plus forte quantité provoquait des selles aqueuses), il y eut des évacuations considérables de mucosités, par le bas, sans être accompagnées d'aucun embarras. Depuis lors les symptômes de dyspepsie disparurent complétement, les accidents nerveux sont de peu d'importance, l'appétit et le sommeil à l'état normal; le teint du faciès, autrefois jaunâtre, est devenu plus frais et plus vermeil; le malade est bien disposé; en un mot, d'après son propre dire et l'opinion des siens, il se trouve, depuis le dernier traitement, infiniment mieux que par le passé. Que si, mettant tout entêtement de côté, il eût voulu suivre mes conseils et répéter le traitement l'année suivante, il n'y a pas de doute qu'il en eût retiré un avantage plus positif encore; et, peut-être, en réitérant, pendant plusieurs années de suite, l'usage du même remède, se serait-il complétement rétabli. Malgré cela, l'état de sa santé se maintient au même degré qu'à la suite du traitement.

Un succès non moins remarquable fut obtenu par la femme du même bourgmestre. Nous avons employé inutilement, contre des embarras hémorrhoïdo-nerveux, un ensemble de moyens, tels que le soufre, seul ou associé aux antispasmodiques, aux extraits amers et dissolvants; des bains de mer froids: un autre médecin, que l'on avait consulté avant moi, avait déjà prescrit l'usage des eaux de Soolbad, ainsi que de la source ferrugineuse saline de Goldberg, mais sans plus de succès. J'eus, par conséquent, recours à mon traitement de prédilection, avec la satisfaction d'apprendre en peu de temps que le résultat en a été surprenant. Les douleurs nerveuses dans les membres, qui avaient accablé la malade depuis des années et que l'on avait prises, à tort, pour des douleurs rhumatismales, diminuèrent sensiblement; les selles se sont régularisées; la dyspepsie et les embarras hémorrhoïdaux, ayant leur siége dans le rectum, ont beaucoup perdu de leur intensité; enfin, une sugillation de la conjonctive qui reparaissait au moindre effort de l'œil, et produite incontestablement par la congestion des vaisseaux vasculaires optiques, disparut entièrement. La malade, éprouvant un mieux très-sensible, se propose de continuer l'été prochain le traitement de petit-lait, et je pourrais presque garantir, que son effet salutaire se manifestera d'une manière plus positive encore. (B. LXXXVI, mars 1838.)

---

CASPER'S

# WOCHENSCHRIFT

FUER

# DIE GESAMMTE HEILKUNDE.

*Sur les plaies du cœur et sur l'épanchement de sang dans les cavités thoraciques;* par le docteur STEIFENSAND, médecin praticien à Crefeld.

(Mémoire qui a remporté le prix proposé par la rédaction.)

Parmi les lésions des organes isolés, les plaies du cœur ont toujours été considérées comme les plus graves et les plus mortelles; et bien qu'il ne manque pas d'exemples où, dans des cas de plaies pénétrantes même, la mort n'arriva qu'au bout de quelques jours et de quelques semaines, elle fut en général jugée comme conséquence nécessaire, devant laquelle tous les efforts de l'art restaient impuissants. Aujourd'hui même, les plaies pénétrantes du cœur sont placées, par la médecine légale, à la tête des plaies nécessairement mortelles, dont la léthalité ne souffre aucune contestation. Nous avons cependant rencontré des cas où l'on a pu observer non-seulement des cicatrices au cœur, résultats des blessures guéries, mais d'autres encore où des corps étrangers furent trouvés dans ses cavités, et qui n'auront pu y pénétrer que du dehors. Aussi dans les derniers temps des doutes furent soulevés au sujet de la léthalité absolue des plaies pénétrantes du cœur, mais jusqu'à ce jour on s'est contenté principalement de recueillir des faits, sans les soumettre à un examen scientifique et rigoureux; on les a donnés comme objet de curiosité pathologique, plutôt que comme des cas dont on pût tirer un avantage pratique pour la chirurgie et la médecine légale. Je veux donc tenter de soumettre à une appréciation et à un examen plus sévères, tout ce que la science et l'expérience fournissent sur ce sujet, en communiquant d'abord un cas très-intéressant qui s'est présenté à moi depuis peu.

C. H., ouvrier tisserand, bretteur de nature, âgé de 20 ans, reçut en plein champ, le 16 septembre 1837, d'une main inconnue un coup dans la poitrine, probablement avec un couteau; il avança encore environ de cent pas, puis tomba entre les bras de ses camarades, qui venaient à sa rencontre, en s'écriant : Je suis percé! On le rapporte chez lui, à peu près à un quart de lieue, baigné dans son sang. Le chirurgien, appelé à l'instant même, appliqua un bandage compressif sur la plaie qui, longue au delà d'un pouce, se trouvait à droite à côté du sternum entre la troisième et la quatrième côtes, allant obliquement de haut en bas, et avait depuis peu cessé de saigner; ensuite, il fut prescrit au malade, qui se sentait épuisé, un remède antiphlogistique.

Pendant plusieurs jours, la blessure paraissait n'avoir entamé que les parties externes et présentait peu de gravité, quoique déjà le malade manifestait de l'anxiété, ne pouvait trouver une position convenable, et ne voulait prendre rien d'autre que de l'eau qu'il demandait avec grande instance.

Le 20, au moment où le patient fit un mouvement pour aller à la selle, il se déclara une hémorrhagie qui, à la vérité, fut arrêtée au moyen du bandage renouvelé, mais ayant reparu plusieurs fois de suite, elle donna des inquiétudes au chirurgien, qui jusqu'ici ne soupçonnait aucun danger, et même croyait remarquer une amélioration. Je fus, par conséquent, appelé en consultation, le 22 dans l'après-dînée. Je trouvai le malade couché en supination, pâle, le pouls insensible, les extrémités froides, la respiration difficile. Le battement du cœur n'était perceptible qu'à l'aide de l'auscultation immédiate; on y entendait en même temps le son métallique, coupé par de courts intervalles, simulant parfaitement le son produit en frappant de l'ongle contre une bouteille. L'expression de la physionomie trahissait une grande anxiété, le patient accusait une oppression de poitrine, et jouissait, du reste, d'une parfaite connaissance. La plaie donnait passage à un sang noir dont la quantité augmentait à chaque mouvement ou pression de la poitrine, ce qui me fit supposer qu'il y avait lésion des veines internes thoraciques. Il me fut cependant impossible de pénétrer avec la sonde dans la cavité du thorax, parce qu'elle fut constamment arrêtée par la surface rude du cartilage costal. L'état du malade ne permettait pas une investigation plus exacte, et je déconseillai tout procédé opératoire, l'épanchement de sang ayant lieu selon toute apparence. L'indication principale était celle de prévenir toute hémorrhagie ultérieure, et de ménager avant tout le peu de sang qui se trouvait encore en circulation; par conséquent, le bandage compressif fut renouvelé et l'on recommanda

au malade de se tenir le plus tranquille possible. Mais cette recommandation n'ayant pas pu être observée par le patient, il mourut le lendemain, 23, à 8 heures du matin, au moment même où il fit un mouvement pour changer de position.

L'autopsie cadavérique nous montra la cavité droite du thorax contenant environ trois pots (*Maass*) d'un sang liquide, foncé. Le coup avait traversé le quatrième cartilage costal, coupé obliquement l'artère mammaire interne, percé d'outre en outre le péricarde, et pénétré jusque dans l'oreillette droite du cœur, près de l'orifice auriculo-ventriculaire droit. La plaie du péricarde avait un peu au delà de trois lignes de longueur, celle du cœur, dans l'oreillette, deux lignes. Le poumon de ce côté etait tout à fait affaissé et refoulé en haut.

Le malade a donc vécu l'espace de huit jours entiers avec une blessure très-grave au cœur et celle de l'artère mammaire interne, ayant une hémorrhagie si forte, que l'on doit supposer dans ce cas avoir été spontanée et discontinue; il ne s'est pas plaint jusqu'à la veille de sa mort, d'aucune oppression particulière de poitrine, la seule chose qu'il accusait, c'était de ne pouvoir dormir. Le chirurgien prétendait n'avoir point remarqué jusqu'à mon arrivée, c'est-à-dire au septième jour, nulle oppression ni perturbation de la respiration, de manière que l'état d'anxiété semble devoir plutôt être attribué à une cause psychique.

Si nous nous demandons maintenant qu'elle fut la cause prochaine de la mort de l'individu, nous ne pouvons la rechercher que dans l'hémorrhagie, pour autant qu'elle privait le cœur de la force et du fluide nécessaires à l'exercice de ses fonctions. La quantité de sang perdu immédiatement après la blessure, ne saurait être déterminée; mais elle doit cependant avoir été très-considérable, à en juger par les traces qu'il laissa dans les vêtements; il y avait de même une forte hémorrhagie chaque fois que le bandage se détachait. Tout ce sang, joint à la quantité qui s'en trouvait dans la cavité thoracique, peut être considéré comme ayant formé la majeure partie de la masse entière de sang contenu dans le corps humain; cette masse, vu la nature de la blessure, n'a pu être soustraite insensiblement, mais, pour ainsi dire, tout d'un coup; et il fut impossible à la nature de restituer cette perte, puisque toutes les fonctions de nutrition et d'assimilation furent suspendues entièrement. Il est vrai que la respiration aussi était fortement gênée, le poumon droit se trouvant dans l'impossibilité absolue de fonctionner, vu que la cavité droite de la poitrine était remplie de sang épanché; mais ce symptôme a également lieu dans le cas, où la substance pulmonaire aura considérablement diminué par suite d'une maladie; la vie, malgré cela, se manifestera assez bien, comme le prouvent de nombreux exemples de cette espèce. Fleischmann nous en a encore dernièrement communiqué plusieurs (*Hufeland's und Osann's Journal,* livr. de juin, 1835, p. 3), puis il ajoute : « Ces exemples prouvent de nouveau que » la vie peut être conservée longtemps et s'exercer » passablement, quoique la substance pulmonaire soit » diminuée; et que l'homme, qui n'aurait plus qu'un » seul poumon, peut encore traîner pendant quelque » temps et poursuivre sa carrière. » Il m'est encore arrivé, il y a peu de temps, un cas où j'observai, chez un homme mort de phthisie pulmonaire, la substance des poumons tellement détruite et disparue qu'on la retrouvait à peine en quelques endroits, dans le peu de tissu intermédiaire qui se trouve entre les masses tuberculeuses; et pourtant le malade ne s'était jamais plaint, jusqu'au dernier moment, de gêne dans la respiration; de plus, il ne couchait jamais ayant la poitrine élevée, ce qui pourrait bien s'expliquer par l'adhérence complète des poumons aux parois internes du thorax. Que si la vie peut continuer si longtemps, lorsque les cavités thoraciques se trouvent presque remplies de pus et de matière tuberculeuse, à plus forte raison doit-on admettre la possibilité de ce phénomène dans le cas, où, au lieu de cette masse qui altère les liquides, il ne s'accumule que du sang pur. Combien de blessures de poitrine ne voyons-nous pas guérir, quoiqu'il y ait un épanchement de sang plus ou moins considérable dans l'une ou l'autre cavité? On voit même ce dernier disparaître peu à peu, sans qu'il se manifeste des symptômes de suffocation, ou seulement quelque difficulté notable dans l'acte de la respiration.

Si donc dans le cas rapporté ci-dessus, la mort peut être suffisamment expliquée par la perte de sang, elle doit par conséquent avoir une tout autre cause dans des cas de plaies du cœur, où cette perte ne sera qu'insignifiante par rapport à l'autre. Ici, la mort fut attribuée à la pression que doit exercer sur le cœur le sang épanché dans le péricarde, et qui, par là, en entrave les fonctions. Pour confirmer cette manière de voir, on a cité les ruptures spontanées du cœur qui occasionnent la mort subite, quoique l'épanchement ne soit que peu considérable. Il est évident que dans cette circonstance la perte de sang que supporte la circulation ne peut en aucune manière entraîner la mort subite, et il y a vraiment lieu de s'étonner que Bouillaud (dans son ouvrage des *maladies du cœur*), assigne toujours à la perte de sang la cause de la mort, soit que cette perte provienne d'une rupture spontanée, ou bien d'une lésion mécanique. L'écoulement de sang augmentant à chaque systole jusqu'à ce que le péricarde soit tout à fait dilaté et rempli, cette tension devra nécessairement produire une pression rétroactive sur le cœur, bien que l'on puisse admettre qu'à la dilatation il y revient toujours quelque faible portion du sang écoulé. Toutefois, il est impossible d'admettre que dans les ruptures du cœur, la pression en question soit la cause unique de la mort subite; car, outre que nous ne pouvons pas savoir si la rupture avait précisément lieu au dernier moment, il se manifeste, dans le plus grand nombre des cas, pendant plus ou moins de temps, des symptômes précurseurs d'affections morbides du cœur ou de tout le corps en général, et puis la déchirure de la substance cardiaque suppose toujours une souffrance à part, soit une conformation anormale du cœur même, soit une secousse très-violente du foyer vital. Quelques-uns ont reconnu pour cause immédiate de la mort, la secousse forte et spontanée que doit imprimer au système nerveux une lésion aussi grave du muscle le plus important à l'entretien de

la vie. Mais alors l'on aurait droit de demander de nouveau, d'où vient que la mort subite apparaît si rarement dans les cas de lésions mécaniques du cœur. Que de fois, dans les nécroscopies, ne prenons-nous pas pour une cause de mort, ce qui au fond pourrait bien n'être qu'une conséquence d'un autre accident morbide, et qui aura échappé à nos sens.

Nous voyons du reste dans l'hydropéricarde quelle forte pression le cœur est en état de soutenir, et de vaincre; nous voyons aussi combien le péricarde est élastique et susceptible de dilatation, puisque le fluide qu'il contient peut peser plusieurs livres, et jusqu'à huit (dans un cas observé par Corvisart). Cette quantité considérable de liquide, lorsque l'épanchement s'opère lentement, prouve la longue durée de la résistance; si l'épanchement est rapide, elle fournit la preuve de la puissance du cœur, à l'aide de laquelle celui-ci parvient à combattre la pression du liquide considérablement augmentée par la forte tension; il faut également tenir compte de la violente dilatation qu'exerce le liquide sur le péricarde, souvent épaissi en même temps.

On rapporte un cas très-remarquable d'une blessure au cœur chez un paysan, à qui un chariot chargé avait passé sur la poitrine. Le blessé, étant relevé, accusait un peu de faiblesse et une légère douleur; il fut cependant en état de conduire lui-même sa voiture à une lieue de là, se tenant assis de côté. Arrivé dans le voisinage d'un hôpital, il pensa qu'il ferait bien de profiter de l'occasion pour se faire visiter; il y entra donc, se mit sur un lit, et expira tout à coup en voulant se retourner. A l'inspection du cadavre on trouva qu'une partie de la cinquième côte était entrée dans l'oreillette droite, remplissait encore la plaie du péricarde, mais était sortie de celle du cœur, ce qui, ajoute Cathcart Lens, qui rapporte ce cas (voyez *Frorieps' neue Notizen*, t. II, n° 20), pourrait bien expliquer la cause de la mort subite. Quelque foi que l'on puisse accorder à cette narration, elle ne présente au fond rien d'incroyable; je trouve seulement qu'en admettant que la partie de la côte qui avait pénétré dans le cœur, n'en fût sortie que par suite du mouvement qui avait immédiatement précédé la mort, et que cette circonstance eût provoqué un épanchement de sang dans le péricarde, cause de la mort subite, ce serait admettre une opinion par trop hasardée. Il arrive bien souvent que le malade expire au moment même où il essaye de faire quelque mouvement. Un tel recueillement de toutes les forces vitales, uniquement dans le but d'exécuter une contraction des muscles locomoteurs, doit être d'autant plus dangereux dans les affections du cœur, qu'ici les dispositions aux évanouissements sont très-fortes, que la circulation, affaiblie et troublée, n'étant plus en harmonie avec la force vitale et les besoins du reste de l'organisation, doit nécessairement entraîner la conséquence d'une influence pernicieuse sur le centre nerveux, de manière que la cause prochaine de mort subite devra toujours être cherchée dans ce foyer vital. C'est pourquoi, en parlant au figuré d'un homme qui aura succombé à une trop forte émotion, l'on dit : son cœur est brisé.

La plupart des blessures du cœur n'amènent pas une mort instantanée. Parmi les 54 cas de blessures pénétrantes, recueillis par Ollivier (*Dictionn. de méd.*, t. VIII, art. *Plaie du cœur*), 29 blessures du ventricule droit, à l'exception de deux cas, emportèrent les malades entre le quatrième et le vingt-huitième jour. Mais en revanche dans 12 cas où le ventricule gauche fut lésé, trois cas exceptés, la mort s'ensuivit immédiatement; et sur les trois ci-dessus mentionnés, un blessé expira au bout d'une demi-heure, l'autre au bout de 48, enfin le troisième ne mourut que le dixième jour. Il résulte donc de la comparaison établie par Ollivier, que la lésion du ventricule gauche entraîne presque toujours une mort subite, tandis que celle des oreillettes ne tue pas aussi promptement; ensuite, les blessures du ventricule droit se rencontrent le plus fréquemment, mais sont le plus rarement suivies d'une mort instantanée. Cependant, vu la grande divergence dans le nombre relatif des observations faites jusqu'à ce jour, il est presque impossible de déterminer quelque chose de précis. La fréquence des blessures du ventricule droit, s'explique naturellement par la position qu'il occupe en avant. Le degré plus ou moins imminent de danger auquel exposent les lésions des différentes cavités dépend, toutes choses égales d'ailleurs, de la différente conformation des parois, tant à leur épaisseur que par rapport aux couches musculaires. Après que Bartholin eut indiqué l'importance essentielle qu'il convenait d'attacher à l'étroitesse et à l'obliquité d'une plaie, Ollivier, Sanson et Dupuytren (voyez l'ouvrage de ce dernier, *Des blessures par armes à feu*) ont de leur côté particulièrement fixé leur attention sur les rapports des différentes couches musculaires dont le cœur est composé. Car, il est tout naturel que, si les fibres occupant une position plus profonde courent dans une autre direction que celles qui touchent à la superficie, le trajet de la plaie prendra également une forme différente selon la section transversale ou longitudinale des fibres musculaires; ainsi, par exemple, dans une plaie oblongue, la couche musculaire externe peut être tranchée obliquement, et la plaie, par suite de la contraction, deviendra béante; tandis que les fibres musculaires plus internes, courant dans une autre direction, ne seront que plus détachées, l'instrument tranchant les aura fait paraître seulement écartées de deux côtés et la plaie restera presque fermée. Une plaie sera donc plus ou moins dangereuse, selon la partie du cœur qu'elle entamera, et selon la direction uniforme ou variée des fibres lésées, contenues dans ses couches musculaires, parce que le degré différent de résistance à l'irruption du sang dépendra nécessairement de ces conditions.

Puisque, d'après ces expériences, le moment de la mort à la suite des plaies pénétrantes du cœur, paraît si variable, et que, pour plusieurs raisons, il est impossible de rien préciser à cet égard, il s'agit maintenant de savoir si la mort, quoique tardive, est une conséquence absolue des plaies de cette espèce. Nous avons déjà fait remarquer plus haut qu'autrefois on s'était prononcé pour l'affirmative et que la même opinion est adoptée dans les ouvrages les plus modernes de médecine légale. Aujourd'hui cependant, cette condition de mortalité absolue a été remise en question et combattue; et cela avec raison : les expériences, les faits nombreux observés chez l'homme

aussi bien que chez les animaux, viennent à l'appui de l'opposition. Il est seulement bien à regretter que ces expériences n'ont pu être faites jusqu'à présent qu'après la mort des individus. Car, combien n'est-il pas difficile d'arriver à une certitude intime sous ce rapport, si l'on ne doit se baser que sur des observations faites du vivant de l'homme, la position du cœur ne permettant pas en cet état d'étudier exactement ses blessures au moyen d'une autopsie immédiate? Quant au diagnostic, établi d'après les symptômes intérieurs, il ne peut être que très-incertain, vu que tous les phénomènes peuvent se réduire aux accidents généraux de l'hémorrhagie interne dans la cavité thoracique, dont la cause est très-variée. On ne pourra donc conclure avec quelque certitude à l'existence d'une plaie du cœur, qu'en s'appuyant en même temps sur des conjectures que permettent d'établir la longueur, la direction et la profondeur approximative de la plaie. Quoique nous connaissions assez de cas, où les blessures de poitrine les plus graves et le plus terribles, ne laissant presque pas de doute sur l'existence d'une lésion du cœur, furent guéries malgré cela, nous n'avons pourtant point de certitude suffisante, lorsque l'autopsie immédiate ne peut venir à notre aide, pour constater soit la réalité, soit l'espèce ou le degré d'une blessure du cœur. Cette certitude on ne peut l'acquérir qu'après la mort, lorsque l'anatomie, le scalpel à la main, nous montre les traces évidentes d'une lésion antérieure. C'est ainsi qu'on a réellement indiqué des cas, où l'on a observé sur le cadavre des personnes, qui ont succombé à toute autre maladie, des cicatrices au cœur parfaitement guéries, provenant des plaies pénétrantes. L'on a également, plus d'une fois, rencontré des corps étrangers dans les cavités de ce muscle, qui n'auront pu y pénétrer que du dehors. Le cas communiqué par Randall (*Froriep's Notizen,* 1830, nº 584), est très-intéressant. Un garçon nègre, après avoir reçu une charge à plomb dans la poitrine, vécut encore pendant deux mois et six jours. A l'autopsie du cadavre, l'on trouva trois grains de plomb dans le ventricule droit, et deux dans l'oreillette droite; le cœur aussi déviait par-ci par-là de la forme normale; mais le poumon était détruit et enflammé à un tel degré, que l'on pourrait bien plutôt attribuer la mort à cette circonstance. Latour (*Histoire philos. et médic. des causes essentielles et prochaines des hémorrhagies,* t. I, p. 75.—*Dupuytren, l. c.*), rapporte, qu'un soldat, ayant reçu un coup de feu dans la poitrine, vécut malgré cela pendant six ans : après sa mort une balle de fusil fut trouvée dans la substance du ventricule droit, et encore près de la pointe du cœur. De légères piqûres pénétrantes peuvent être supportées sans préjudice, comme nous en avons la preuve dans l'emploi de l'acupuncture contre le choléra, par Searte; j'en ai moi-même fait l'expérience sur des animaux. On a également trouvé bien souvent dans les animaux tués à la chasse, des traces de blessures guéries au cœur. Suivant Albers (*Clarus und Radius Beitrœge zur pract. Heilkunde*, t. I, p. 393), ces sortes de blessures, ainsi que des corps étrangers se rencontrent bien souvent chez les animaux domestiques. L'on y a trouvé des aiguilles qui ont percé toute la paroi du ventricule et y tenaient très-légèrement, puis, des épingles et des clous dans la même position, enfin des aiguilles à tricoter, fixées faiblement dans les parois, et qui, après avoir traversé obliquement les cavités du cœur, y formèrent une espèce de fascia. Il arrive rarement que ces corps soient entourés d'une suppuration véritable, mais, le plus souvent, d'une enveloppe celluleuse et à peine membraneuse, qui sert à former un canal fistuleux. Les cœurs dans lesquels on découvre des corps étrangers d'une plus forte dimension, sont ordinairement hypertrophiés. Cependant ce phénomène, quoique assez rare, n'est jamais accompagné d'accidents violents.

Si les faits ci-dessus énoncés prouvent la possibilité de la guérison des plaies du cœur, non-seulement superficielles, mais pénétrantes même, l'on se demande quel sera le mode de traitement à suivre dans les cas où l'on suppose une blessure de cette espèce? Comme, pour atteindre un résultat aussi favorable que celui de la réunion d'une plaie du cœur, l'art ne peut nous garantir aucun secours direct, nous sommes ici, plus que dans toute autre circonstance, restreints à un traitement purement indirect et prophylactique, c'est-à-dire que nous devons tout abandonner à la vertu médicatrice de la nature, notre tâche se bornant à écarter tout obstacle, soit interne soit externe, qui pourrait entraver la marche de la guérison. Mais l'obstacle principal réside dans la nature du cœur même, dans l'exercice constant de ses fonctions, qui lui dispute ce repos si indispensable à toute guérison; il réside surtout dans le passage continuel du sang à travers la plaie, entretenu par l'activité du cœur; cette circonstance s'oppose d'autant plus à la réunion de la plaie que, par le fait de la systole, le sang est toujours poussé avec une certaine vigueur. Que s'il existe une différence notable entre les oreillettes et les ventricules, par rapport à leur force musculaire, de manière que la contraction des oreillettes est moins forte, le passage du sang à travers ses plaies moins violent que dans les ventricules, ce dernier est d'un autre côté modifié ici par l'épaisseur des parois, présentant plus de consistance. On aura donc à observer d'abord dans le traitement, que l'activité du cœur et l'affluence du sang soient modérées; c'est ce que l'on pourra obtenir en entretenant l'esprit et le corps dans la plus parfaite tranquillité, et en faisant observer la diète la plus sévère. C'est surtout une forte agitation d'esprit qui domine dans ce cas; cette disposition morale exerce une influence d'autant plus funeste et se laisse vaincre plus difficilement, que les sentiments de la peur et de l'effroi ont principalement leur siége dans cette région. Ainsi donc, le sentiment de l'anxiété accompagné de symptômes d'asphyxie n'est pas toujours une conséquence d'un épanchement de sang. Lorsque nous voyons Dupuytren, cherchant à prevenir l'asphyxie immédiate, ouvrir toutes les deux heures la plaie au duc de Berry, qui eut le ventricule droit percé (ce qui avait occasionné un épanchement de sang très-considérable dans les cavités thoraciques, et qui continua jusqu'au moment de la mort, arrivée sept heures après la blessure), nous ne pouvons pas, disons-nous, approuver ce procédé en tous points, pas plus que la saignée générale. C'était précisément le moyen d'augmenter la perte de sang et d'aggraver le danger,

vu que la partie de la poitrine évacuée, se remplissait à l'instant par l'afflux d'un sang nouveau. J'ai pourtant démontré dans le cas observé par moi, et rapporté plus haut, où l'épanchement de sang n'était certainement ni moins rapide ni moins fort, qu'un des côtés de la cavité thoracique peut être tout à fait rempli de sang, et, néanmoins, l'asphyxie immédiate n'avoir pas lieu. L'écoulement de sang chassé par le cœur ne s'arrêtera pas, avant que la cavité de la poitrine correspondant avec la plaie, n'en soit entièrement remplie; c'est donc le sang lui-même qui va servir d'obstacle à une nouvelle perte.

Nous voyons par là qu'il est contraire aux principes d'une saine théorie et de toute expérience, de s'empresser à diminuer la quantité de sang épanché dans le thorax, pour quelque raison que ce soit; car, d'après les observations que nous venons de rapporter, l'on ne fait que hâter la mort, qui aurait pu encore être retardée de longtemps. Voilà pourquoi Dupuytren, en contradiction avec son propre procédé, recommande au chirurgien qui aurait une blessure du cœur à traiter, d'opérer, avant tout, la réunion la plus exacte de la plaie externe; et lorsque, au moyen d'un traitement convenablement dirigé sous le rapport du maintien tranquille et de la diète, l'on sera parvenu à arrêter l'hémorrhagie interne, alors seulement il aura à s'occuper de l'épanchement sanguin dans la poitrine, en différant cependant, aussi longtemps que possible, l'opération indispensable pour effectuer l'évacuation. Quant aux saignées générales, que ce célèbre praticien, d'accord avec la plupart des écrivains, prescrit de répéter au commencement du traitement, aussi souvent que la prudence le permet, mieux vaudrait, me paraît-il, de recommander une grande précaution dans le jugement à porter s'il y a réellement lieu de saigner ou non. D'abord ce moyen n'est pas applicable à tous les cas; là, où l'épanchement et la perte de sang sont considérables, comme dans l'observation que j'ai rapportée d'après ma propre expérience, il ne peut que hâter la mort par inanition. Tout ce qu'on a débité sur la cicatrisation des plaies du cœur, par suite de la coagulation du sang, est une pure rêverie et un péché contre la physiologie. Il est vrai que le sang, ayant perdu sa fluidité par l'absorption insensible de son sérum, se prend en masse solide, mais il forme des combinaisons organiques avec les substances qui l'environnent, et cela par la force vitale et plastique, propre à la fibrine qu'il contient; par conséquent, cette masse n'a rien de commun avec la concrétion de sang coagulé, telle qu'on la rencontre dans les cadavres. Les plaies du cœur se cicatrisent, tout aussi bien que les autres, par l'exsudation plastique. Mais les traces de l'extravasation de sang disparaissent avec le temps, toujours de plus en plus, et finissent par être à peine reconnaissables, seulement dans le tissu, tant soit peu transformé et épaissi, des productions membraneuses avec lesquelles l'épanchement se sera trouvé en contact en dernier lieu. Nous en avons la preuve dans les expériences tentées sur des chiens et des chevaux, par Barthélemy (*Schmidt's Jahrb.*, t. xv, pag. 271) et Græfe (*Dupuytren sur les lésions*, etc., *voir le supplément*). Ces médecins ayant produit des hémorrhagies, au moyen de l'incision des artères intercostales, puis, ayant opéré la réunion des plaies externes, les animaux guérirent insensiblement, sans qu'il en résultât aucune suite fâcheuse; plus tard, lorsqu'on en fit l'autopsie cadavérique, on trouva chez les chevaux un petit, soi-disant, *coagulum*, tandis que chez les chiens, il n'en reste plus la moindre trace.

Le sang reste néanmoins longtemps liquide dans les cavités naturelles internes des membranes séreuses, à cause du peu d'importance de leur faculté absorbante; lorsque, au contraire, épanché dans le tissu cellulaire, il perd par l'absorption promptement sa fluidité, et il n'en reste que les parties solides. Voilà pourquoi l'on trouvera également dans le sac séro-membraneux, lorsque celui-ci a été peu lésé, le sang épanché conserver plus longtemps sa liquidité, que dans le cas contraire; parce qu'une lésion plus considérable du sac offre une plus grande étendue propre à l'absorption. C'est là-dedans aussi que gît la cause du phénomène qui a paru plus d'une fois extraordinaire, et qui cependant a été laissé sans explication : je veux parler des hématocèles invétérées que l'on a vu contenir un sang liquide et un sang épais, semblable à du sang coagulé.

On a tort, selon moi, d'appeler coagulé un sang épais, privé plus ou moins de sérum, qui s'épanche durant la vie dans les parties internes. La coagulation ne peut avoir lieu que hors du corps ou après la mort, de même que les caillots et les concrétions fibreuses que l'on trouve sur la membrane interne du système vasculaire, surtout dans le cœur, et que l'on a, soit dit par parenthèse, fait passer pour des excroissances polypeuses, ne sont que des produits de la mort. Peut-être serait-il embarrassant de décider où il faudrait classer ces concrétions fibreuses (1), formées vers les ramifications bronchiques, telles que nous les observons souvent, expectorées à la suite d'une hémoptysie, et résultant d'un séjour prolongé du sang dans les vaisseaux bronchiques; du moins est-il permis d'admettre, que l'absorption des parois bronchiques, ainsi que l'excrétion et l'exhalation du sérum au dehors, contribuent également à cette espèce de formation. Mais non-seulement le sang sortant des veines subit une parcille transformation, celui-là même qui y est contenu, mais qui n'est plus reçu dans la circulation, est soumis à la même condition; et c'est là-dessus que se base la formation du caillot dans les anévrysmes ou à la suite de l'incision des vaisseaux. Car, vu que le sang qui se trouve avant la ligature, est en état de stagnation jusqu'au rameau le plus proche du vaisseau et reste actuellement en dehors de la circulation, il doit nécessairement subir la même transformation que celui épanché de la manière ci-dessus, c'est-à-dire qu'en vertu de la faculté absorbante des parois vasculaires, et principalement dans les cas d'anévrysme où il y a en même temps lésion des mem

(1) Il ne faut pas confondre ces productions avec celles qui forment le sujet d'un mémoire très-intéressant, communiqué, il n'y a pas longtemps, par le conseiller intime doct. Casper (*Auswurf hæutiger Concremente ohne Croup*, *Casper's Wochensch.*, 1836, n° 1). (*Note de l'auteur.*)

Comparez l'*Encyclographie des sc. méd*, t. XXVII, p. 31, art. *Expectoration de concrétions membraneuses sans croup*. (*Note de la rédact.*)

branes internes des vaisseaux, il perdra insensiblement ses principes séreux, et finira par former un caillot. La coagulation du sang résultant du ralentissement de la circulation, ainsi que de l'engorgement des vaisseaux de la veine porte, trouve ici naturellement sa place.

Le sang épanché dans la cavité thoracique disparaîtra donc insensiblement, ne laissant qu'une petite quantité de ses principes solides qui s'attacheront aux parois de la cavité et, dans le cas le plus fâcheux, y formeront ou occasionneront des adhérences, ainsi qu'on l'a observé ailleurs, particulièrement dans les hématocèles invétérées (*Vidal de Cassis, Presse médicale*, n° 41, 1837). Il n'existe point de raison pour admettre une irritation particulière que le sang exercerait sur les parois de la plèvre, à un tel degré qu'il pût en résulter une inflammation grave. Les adhérences des poumons aux parois du thorax peuvent cependant avoir lieu, sans porter atteinte à la respiration. En outre, les cas nombreux d'empyème des épanchements, en tre autres, d'une masse ichorcuse, et existant depuis longtemps, guéris heureusement nous fournissent la preuve que dans le cas présent, il y a infiniment moins à redouter de l'irritation du sang.

Puisque l'extravasation de sang dans le thorax n'entraîne absolument aucun danger comme conséquence nécessaire, et que celui-ci peut conserver quelque temps sa fluidité, la prudence commande de ne pas trop se hâter de l'évacuer, si toutefois il y a indication; parce que, ainsi que nous l'avons fait remarquer plus haut, l'on ne peut pas savoir, surtout dans les cas de lésions graves, si l'espace évacué ne se remplira pas de suite par un nouvel afflux de liquide, et que, par conséquent, l'on augmenterait encore la perte de sang sans aucune nécessité. Si, au contraire, on laisse aux vaisseaux coupés le temps de se réunir soit par adhérence, soit par coagulation de sang, on n'aura plus d'hémorrhagie à redouter ni à la suite de l'évacuation artificielle, ni à celle de la paracentèse. Mais dans les cas où l'épanchement interne n'est pas si considérable, il vaudrait mieux peut-être, suivant les expériences ci-dessus, de renoncer tout à fait aux évacuations artificielles, et d'attendre l'absorption du fluide de la nature elle-même. A mesure que cette absorption s'effectuera, le poumon comprimé se dilatera peu à peu, et tout ce que l'épanchement aurait pu produire de fâcheux pour la respiration, disparaîtra.

On a beaucoup discuté sur l'opération de la paracentèse du thorax, par rapport au danger de l'introtion de l'air dans cette cavité; dernièrement encore, des débats soulevés dans une des séances de l'Académie de médecine de Paris, au sujet d'une question de M. Cruveilhier: Si la ponction répétée plusieurs fois et l'évacuation successive du liquide, était, dans le cas d'empyème de poitrine, la méthode préférable à celle, par laquelle on tend à effectuer une évacuation totale au moyen d'une seule ponction? ont prouvé, combien les opinions des premiers praticiens diffèrent à cet égard. Pendant que les uns croient l'introduction de l'air dangereuse, soit à cause de l'irritation qu'il exerce sur les parties plus ou moins affectées, soit à cause de l'altération du fluide produite par sa présence, les autres, au contraire, non-seulement n'attribuent aucune suite fâcheuse à cet événement, mais ils jugent la présence de ce fluide élastique très-nécessaire pour remplir le vide formé par l'évacuation artificielle. De plus, tandis que les uns veulent cette évacuation successive ou répétée à plusieurs reprises, les autres prétendent qu'elle soit complète et se fasse tout d'un coup. Cependant, l'on ne peut nier que l'influence de l'air ne soit certainement pernicieuse, pas tant à cause de l'irritation directe, qu'en sollicitant la décomposition et l'altération du liquide. Une telle décomposition s'ensuivrait non-seulement dans le suintement inflammatoire et les empyèmes, mais aussi lorsque le fluide n'est autre que du sang épanché. Toutefois, comme il est probable que, au cas que l'extravasation fût considérable, l'évacuation de toute la masse contenue ne saurait être effectuée d'un trait, il est très-important d'avoir soin dans les opérations, que la place occupée tantôt par le liquide, au lieu d'être comblée par le poumon se développant et se dilatant de nouveau, ne soit remplie par l'air ambiant. Cette expansion du poumon, tendant à reconquérir son volume antérieur, ne peut s'opérer qu'insensiblement, par rapport à la perturbation de fonctions, et vu la persistance de l'obstacle à son libre déploiement, surtout lorsque la maladie a eu une longue durée. Il s'en suit que l'évacuation, elle aussi, ne peut avoir lieu que successivement, puisque le poumon qui lui donne l'impulsion, ne se dilate que petit à petit.

C'est d'après ces principes que j'ai procédé dans deux cas d'empyème de la cavité gauche du thorax. Dans chacun de ces cas, il s'était formé à l'extérieur, sur le côté, une tumeur fluctueuse. Sans avoir recours à tout autre moyen, je me contentai d'ouvrir ces tumeurs au moyen d'une lancette, d'y appliquer d'abord des cataplasmes, puis de les faire recouvrir avec du cérat; enfin le soin de la guérison fut abandonné au temps et à la nature. Elle arriva effectivement au bout d'un mois à la suite d'un écoulement lent d'un pus épais et de bonne nature.

N° 15, avril 1836.)

---

*Sur les menstrues et quelques emmenagogues;* par le docteur Krieg, médecin praticien à Merseburg.

La discussion soutenue avec beaucoup de vivacité par les médecins et les anatomistes, surtout au XVII° siècle, par rapport au sang des menstrues, à savoir s'il était exhalé par les vaisseaux de l'utérus ou bien par ceux du vagin, semble être épuisée en apparence; du moins, depuis longtemps la question reste isolée, sans que, cependant, les motifs allégués en faveur de la dernière opinion, eussent été combattus d'une manière concluante. Car ses adversaires, même les plus chauds, ont dû convenir que les menstrues prennent *quelquefois* leur source immédiate dans le vagin; et peut-être ne faudrait-il qu'un entraînement

et une provocation, vu l'état actuel de la physiologie, pour voir en peu de temps tous les doutes levés au sujet de l'origine et de la source du flux menstruel. Les raisons qui militent en faveur de la dernière opinion, sont celles-ci : 1° On a observé des cas d'hydromètre (Vesalius, Boerhaave), et plus souvent encore ceux de cancer occulte de la matrice, sans perturbation des phénomènes de la menstruation. 2° Dans des cas isolés de blennorrhée utérine, dont l'existence fut constatée à l'aide du *speculum uteri*, les règles continuèrent leur cours périodique (Fricke). 3° Lorsque l'écoulement du sang fut entravé par l'occlusion anormale des voies génitales, jamais l'on n'a vu apparaître des symptômes qui eussent autorisé à admettre une dilatation de l'utérus, causée par l'accumulation du sang : c'était toujours une imperforation vaginale, qui fut écartée facilement au moyen d'une simple opération. 4° Il n'est pas rare non plus de voir des femmes enceintes être réglées ; d'autres, les devenir seulement après la conception. Une dame, mariée depuis longues années et n'ayant jamais eu de règles avant cette époque, reconnaissait chaque fois son état de grossesse à leur réapparition. 5° Chez les femmes vierges, les parois de l'utérus sont si rapprochées qu'elles se touchent presque dans toute leur étendue, et l'orifice de la matrice est complétement fermé ; malgré cela les évacuations périodiques sont parfois très-abondantes : il ne manque pas même d'exemples que de toutes jeunes enfants, des filles à peine âgées de quelques mois, avaient déjà eu leurs menstrues. 6° Les femelles des animaux, lorsqu'elles sont en chaleur, sécrètent un mucus sanguin qui, eu égard à l'étendue considérable et à la direction horizontale de leur vagin, susceptible de mouvement péristaltique, ne provient certainement pas de l'utérus. 7° Dans la pratique civile bien des considérations opposent un obstacle à l'exploration au moyen du *speculum uteri ;* par conséquent, les recherches de cette espèce ne peuvent être entreprises que par les médecins des hôpitaux. En attendant, plusieurs anciens anatomistes, qui eurent l'occasion de faire la nécropsie de quelques femmes mortes à l'époque de la menstruation, entre autres Bonn qui examina le cadavre d'une suicide, se prononcèrent en faveur de l'opinion en question : les œuvres du studieux Schurig, méritent d'être consultés sous ce rapport. 8° Dans un cas, rapporté par le docteur Bloxam, où l'utérus avec ses annexes fut extirpé d'une manière brutale, les règles furent cependant remplacées par un écoulement périodique menstruel (*Froriep's neue Notizen*, 1837, t. I, p. 350).

En effet, la membrane muqueuse du vagin est aussi apte à sécréter le sang, que celle du rectum (hémorrhoïdes), que la muqueuse bronchique (hémoptysie) et, enfin, que la membrane de Schneider (épistaxis). L'analogie de l'origine de tous ces flux sanguins qui, bien souvent, subissent une transition et se remplacent l'un l'autre, semble déjà être indiquée par leurs rapports mutuels. Chacune de ces sécrétions est précédée de symptômes décelant une perversion morbide de tout le système des membranes muqueuses, bien que toutes soient en rapport plus intime encore, chacune avec un système organique particulier : ainsi l'épistaxis avec le système cérébral, les menstrues avec l'appareil génital, etc. Mais, de même que les hémorrhoïdes conservent de temps en temps leur importance critique, quand même il n'y a pas d'écoulement de sang, mais seulement d'une matière sale, muqueuse (les hémorrhoïdes blanches), ainsi observe-t-on quelquefois des *menstrues blanches ;* et peut-être Ambros. Marherr, savant commentateur de Boerhaave, a-t-il raison, en prétendant qu'il est difficile d'admettre qu'une femme ait jamais conçu sans avoir auparavant été réglée, mais que plutôt l'on se sera mépris, dans les cas existants, sur la nature des menstrues blanches et sur leur importance dans les fonctions de la reproduction. D'après cela, la menstruation ne consiste pas autant dans la sécrétion plus ou moins considérable de sang, mais elle est plutôt, suivant son essence, une évolution périodique, analogue aux maladies d'évolution prenant leur origine dans le système génital, et s'étendant à toutes les membranes muqueuses. La constitution de l'individu tantôt plus artérielle, tantôt plus veineuse ou nerveuse, se trouve empreinte dans le caractère particulier de ce *morbus salutaris ;* cependant la sécrétion locale n'en est toujours qu'une crise, absolument comme les exanthèmes ne sont considérés, eux aussi, que comme des crises des états chroniques ou aigus de maladies. Les produits pathologiques, au contraire, d'une membrane muqueuse, transportés de nouveau sur d'autres muqueuses, agissent partout comme germes toxiques, ainsi que cela est démontré jusqu'à l'évidence dans les affections catarrhales de toute espèce. Il y a pareillement un principe contagieux attaché à la sécrétion critique du vagin ; ce principe est volatil, et la vapeur toute particulière, exhalée des organes génitaux durant la période de la menstruation, en est le porteur. Cette dernière particularité aura, de notre temps, probablement donné lieu à tant d'exagérations et de fables, débitées sur l'influence délétère des exhalations de la femme.

Dès qu'une fille a atteint l'âge de la puberté, qu'elle est, comme on dit, devenue mûre et nubile, cette évaporation vaginale commence à se développer, et on l'a déjà observé ailleurs, qu'elle produit sur les individus de l'autre sexe, l'effet d'un aphrodisiaque (*hircus*, de là *hircire*, τραγᾶν, τραγιξειν). Nous trouvons à ce sujet des allusions d'assez mauvais goût dans Horace, Martial et autres poëtes de l'antiquité. Cependant, ce n'est que la muqueuse même du vagin qui exhale une odeur ; le sang des menstrues n'en est imprégné que par suite du mélange avec la matière sécrétée par l'autre, surtout que cette odeur, durant la période de la menstruation, atteint un plus haut degré d'intensité, par l'exaltation des phénomènes vitaux dans les organes sexuels. Ainsi, Arétée a également observé que chez les hommes, affectés de *satyriasis*, une odeur forte de bouc, exhalée par le *smegma* qui s'amasse entre le prépuce et le gland, devient repoussante au plus haut degré.

Comme il n'entre pas dans notre sujet d'examiner jusqu'à quel point la vapeur exhalée des parties génitales de la femme, participe à la production de la perspiration toute particulière à ce sexe, sujet amplement traité par Hauff (*medic. Conversationsblatt*, 1832, n° 43) et par Brück (*Wochenschr.*, 1833, n° 30), nous abandonnons la question. Il semblerait, au contraire, hors de doute, que la suppression de cette

sécrétion locale, commandée par la nature, au moyen d'une propreté exagérée et de lotions astringentes, contribuerait essentiellement à la naissance des affections de l'utérus et des ovaires, ainsi que de divers accidents hystériques. Dans un cas de diabète, que j'ai eu l'occasion d'observer moi-même chez une prostituée, sujette aux attaques d'hystérie, il m'a du moins été impossible d'assigner une autre cause.

La proprieté contagieuse des exhalations menstruelles n'a pas du reste échappé à l'observation de nos devanciers, ainsi que le prouvent les témoignages invoqués par Schurig. Et même Fr. Hoffmann, dans sa *Clavis Schrœderiana* (Halæ, 1681, p. 662) s'exprime à ce sujet dans les termes suivants : *Panis calidus, prout ex furno extractus et a menstruata gestatus, suppressioni mensium medetur, si hujus exsiccati drachma una vel semis in vino detur. Item, linteum mundum intinge cruori menstruatæ sororis virginis et exsiccatum infunde in vino enulato, cola et propina mane. Item, induatur indusium recenti menstruo alterius* (si consanguinea fuerit, melius succedet) *adhuc conspurcatum, quod teste experientia in fluxu menstruo suppresso proritando probatum est.* J'ai moi-même employé, dans deux cas de suppression des règles, et à dose infiniment supérieure à celle indiquée par Hoffmann, la mie de pain blanc frais que je fis appliquer pendant trois jours consécutifs sur le bas-ventre d'une menstruée, afin que la mie s'imprégnât bien d'*aura menstrualis ;* bien que ce moyen ne produisît aucun succès, je ne me crois pas pour cela en droit d'en contester l'efficacité. Il est à supposer que le principe d'infection n'acquiert pas le degré nécessaire d'intensité chez tous les individus, comme d'un autre côté l'aptitude à contracter la contagion n'est pas la même chez tous, ni en tout temps. Ici comme ailleurs, pour que l'infection puisse avoir lieu, il ne suffit pas du principe contagieux qui constitue l'agent extérieur, il en faut encore un intérieur, que nous appelons disposition et qui se manifeste de trois manières. En conséquence, l'on observe 1° ou uniquement le retour mensuel de la perversion du sentiment individuel (Gemeingefühl), ou bien 2° des symptômes de maladie existant déjà, s'exaltent sensiblement à cette époque, ou enfin 3° des *molimina menstrualia* apparaissent évidemment, vains efforts de la nature pour combattre certains obstacles. Appréciant toutes ces considérations, je suis parvenu, dans 7 cas différents, à rappeler les menstrues, soit supprimées complétement soit retardées seulement, au moyen de la contagion communiquée avec intention; j'ai remarqué en même temps, plus d'une fois, dans le courant de mes expériences, que l'infection se communiquait avec le plus de facilité entre sœurs ou proches parents : c'est un fait que l'on voit se répéter dans plusieurs épidémies; l'explication de ce phénomène serait d'une grande importance pour l'étude des contagions. Qu'il me soit permis de rapporter trois cas de maladies qui serviront à développer ma méthode.

Obs. I. — Je traitais, au mois de juillet 1832, Mlle M. S., âgée de 18 ans, demeurant à W., près de Kreuznach; elle me raconta avoir eu ses règles interrompues par suite d'un excès dans la danse; celles-ci ne coulèrent d'abord qu'en très-petite quantité, puis, cessèrent tout à fait, tandis que les symptômes de la suppression, surtout pendant la période de la menstruation, devinrent gênants à un haut degré. Ce qui m'a frappé particulièrement, c'étaient les borborygmes fréquents et extrêmement sonores dans la partie abdominale, augmentés par l'ingestion des boissons, symptôme qui, à la vérité, se fait remarquer souvent, quoique à un degré inférieur, chez toutes les filles, et qui, probablement, se trouve en rapport avec les fonctions génitales. La malade désirait qu'on la saignât, mais nous parvînmes à la persuader d'attendre encore que son mal empirât, et alors, de rechercher une fille bien portante, convenablement réglée, et de coucher avec elle, au moment où cette dernière aurait eu ses menstrues. Cependant, vu la difficulté de trouver en temps opportun une jeune personne qui aurait pu convenir à la patiente, celle-ci se vit obligée de coucher avec sa sœur, âgée dans les 30, et mariée depuis cinq ans. Dès la seconde nuit, les règles reparurent, puis se répétèrent régulièrement, et les embarras disparurent entièrement sans le secours d'aucun médicament.

Obs. II. — Mlle Ch. B., demeurant à R., près de Sangerhausen, d'une constitution chlorotique et déjà très-maladive, jadis d'une santé florissante, s'était, d'après son propre dire, attiré le mal probablement par là, que, désirant gagner un teint plus délicat, elle avait fait un usage fréquent de vinaigre. Je ferai observer en passant, qu'en cette circonstance, j'eus seulement l'occasion d'apprécier toute l'influence funeste qu'exerce cette liqueur sur la santé, quoique Hippocrate (*De rat. victus in morbis acutis*) parle déjà des effets fâcheux que produit le vinaigre sur l'utérus et, parmi les médecins d'une époque plus rapprochée, Joh. Zachar. Platner (*Ars medendi singulis morbis accomodata;* Leips., 1765, p. 547) surtout, se prononce positivement, en traitant l'étiologie de la chlorose, sur l'abus des acides. Après avoir, pendant trois semaines, fait usage d'une poudre composée de *Rheum*, *Ferrum limatum*, *Magnes. carbon.* et *Elœos. macid.*; après avoir suivi une diète bien appropriée et non trop-sévère, la malade coucha avec une fille vigoureuse, très-bien menstruée, sans cependant qu'il en résultât d'autre avantage que celui de voir le mucus vaginal présenter des stries de sang isolées.

Obs. III. — E. H., âgée de 18 ans, demeurant à Sangerhausen, fut traitée d'une chlorose par un médecin expérimenté de l'endroit, mais sans aucun succès. L'état leucophlegmatique augmenta constamment, les règles furent supprimées et remplacées par une leucorrhée abondante. Cette affection rendit la malade d'une humeur chagrine et sujette à des accès de colère; ses parents vinrent me consulter vers le commencement de 1836. J'ordonnai à la jeune fille de coucher, en temps opportun, avec sa sœur aînée, jouissant d'une parfaite santé : dès la première nuit, les menstrues reparurent. La cure fut achevée au moyen d'une poudre administrée à l'intérieur et composée de : *Secale cornutum*, *Limatur. martis* et *Elœos. juniperi.*

Ces exemples me semblent suffisants pour constater la vertu contagieuse de la sécrétion menstruelle, et peut-être serait-il convenable, dans certaines circonstances, de provoquer le retour des menstrues directement et par la voie la plus courte, celle de

l'inoculation ; il suffirait pour cela d'employer une petite éponge imbibée de sang menstruel fraîchement recueilli, de l'introduire dans le vagin ou, du moins, de la fixer entre les lèvres de la vulve. Autrefois, on administrait même intérieurement le sang des menstrues, ce qui ne doit nullement étonner, lorsqu'on songe au caractère qui distingue la médecine de l'ancienne époque. L'on se promettait surtout de grands résultats en employant le sang recueilli, à l'époque de la première menstruation, chez une vierge. Paracelse et autres le désignèrent par le nom *zenith* et s'en servirent pour la préparation de toutes sortes d'arcanes merveilleux, principalement pour celle des breuvages que l'on supposait propres à inspirer l'amour (*philtres*). On l'administrait tantôt, après l'avoir desséché et broyé, sous forme de pilules, tantôt mêlé avec du vin ou du vinaigre scillitique. La vertu emménagogue de ce remède, tout à fait singulier, a également trouvé plus d'un partisan, parmi lesquels se distingue particulièrement, Daniel Ludovici, homme plein de mérite et libre de préjugés. Voici ce qu'il dit à ce sujet : « *Sane plus vice simplici inveteratissimas quoque obstructiones intra paucas horas vel eodem die solutas fuisse vidimus, linteaminum illa menstruatarum ad imperialis prœterpropter magnitudinem, lotura, insciis data.* (Opp. ed. Wedelii. Lips., 1712, p. 1059). »

L'analogie entre l'odeur du *Chenopodium olidum*, plus connu sous le nom de *Chenopodium vulvaria*, et celle de l'exhalation vaginale, la puissance de cette dernière de produire un surcroît de vitalité dans le système génital, me firent présumer, déjà en 1828, que le *chenopodium* lui aussi, administré à l'intérieur sous forme convenable, pourrait être employé avec succès contre certaines affections de l'utérus, et contre des perversions des *plexus uterinus* et *renalis*. Quelque temps après, un ami, homme d'un grand savoir, me fit remarquer par correspondance un passage contenu dans le *London medic. and surg. Journal*, du mois de mai 1829, qui lui parut confirmer l'opinion que je lui avais, dans le temps, communiquée personnellement. Un médecin anglais annonçait que les habitants de la contrée qu'il habitait (*Essex*), se servaient de la plante dont il est ici question, comme d'un remède populaire contre les affections de la matrice ; il ajoutait avoir lui-même fait usage avec beaucoup de succès, dans le cas de menstrues insuffisantes et très-douloureuses, de l'extrait de ladite plante. J'ai également trouvé par hasard, qu'autrefois le même raisonnement théorique avait engagé les médecins à conseiller la calendule. Dans les observations que le célèbre Lazarus Riverius publia à la suite de ses œuvres complètes (*ed. m. Francof.*, 1669, obs. 30, p. 659), nous trouvons la remarque suivante de Petrus Paschequus : *Sanguis menstruus muliercularum, prœcipue bene valentium, odorem florum calendulæ spirat. Hinc conjicio similitudine quadam substantiæ, Calendulam movere menses ;* et il n'est presque pas permis de douter que la prétendue efficacité de la calendule contre le cancer utérin se rattache à cette qualité. Quant à moi, ne trouvant aucune analogie entre les deux espèces d'odeur dont fait mention l'auteur ci-dessus, je trouve toute son argumentation sans fondement. Revenant au *chenopodium*, il en est de ce remède comme de tant d'autres soi-disant populaires. Il est plus que probable qu'anciennement ils furent d'abord mis en pratique par les médecins eux-mêmes, et par là connus au peuple ; celui-ci en ayant une fois acquis la connaissance la conserva constamment et la transmit toujours par voie de tradition, tandis que l'École, cédant à l'influence du temps et de la mode, accablée du poids immense de l'appareil pharmaceutique grossissant tous les jours, perdit insensiblement le souvenir des anciens remèdes. La direction alchimique imprimée à la science pendant plusieurs siècles, les progrès de la chimie elle-même contribuèrent particulièrement à écarter de plus en plus un grand nombre de simples dont la vertu médicinale était constatée depuis très-longtemps. De là vient que les médecins les plus renommés des temps modernes ont cru de leur droit et de leur devoir d'exploiter sans cesse le vaste trésor de la médecine populaire. L'été dernier, à l'époque où j'étais occupé de la rédaction de ce mémoire, manquant tout à fait de ressources littéraires, j'ignorais encore la circonstance que je trouvai depuis, rapportée dans le 4me volume de *Murray's Apparatus medicaminum*, à savoir, que le *chenopodium olidum* fut admis, depuis 1721, dans la pharmacopée de Londres et d'Edimbourg, sous le nom *Artiplex olida*, et employé tantôt sous forme de conserve (ses feuilles étant broyées avec du sucre), tantôt comme *Electuarium hystericum Fulleri*. Mais le suc exprimé d'une plante fraîche, est sans contredit la préparation la plus active ; par conséquent j'invitai M. Drechsler, pharmacien à Sangerhausen, de faire cueillir une certaine quantité de cette plante dans les environs des salines à Artern, de la faire exprimer, puis, soumettre à la digestion pendant 48 heures avec quantité égale d'esprit de vin, le suc extrait ; enfin, conserver pour l'usage la colature obtenue. Depuis lors, je me suis servi de l'essence de *chenopodium*, préparée de la manière sus-indiquée, soit pure soit associée au *Tr. ferri muriatici*, dans cinq cas d'interruption de fonctions génitales ; sur ce nombre, j'ai obtenu trois succès complets.

Obs. I. — Ch. B., jeune paysanne, fortement constituée, âgée de 18 ans, ayant traversé à gué un ruisseau, au printemps de 1837, un peu avant l'époque habituelle de ses menstrues, éprouva une violente colique menstruelle, suivie, plus tard qu'à l'ordinaire, d'un écoulement peu abondant. La jeune fille, à dater de cette époque, se sentit si mal jusqu'à la période de la prochaine menstruation, qu'elle dut garder le lit ; en même temps elle eut à souffrir de terribles maux dans le bas-ventre, accompagnés d'excrétion d'un mucus clair, auquel succéda, au bout de quelques jours seulement, un écoulement de sang. Vers la fin du mois de juin, à l'époque où les règles devaient apparaître, je prescrivis à la malade 30 gouttes de *Essentia chenopodii*, à prendre toutes les deux heures avec de la bière chauffée (il fut pris en tout, environ 6 drachmes), ensuite, le soir, une seule fois un pédiluve ordinaire. Bientôt une sueur générale se manifesta, les maux dans l'abdomen disparurent, et les menstrues reprirent leur cours habituel, sans la moindre douleur.

Obs. II. — F. L., prétend avoir éprouvé un accident, il y a cinq mois ; depuis les règles s'arrêtèrent et, à côté des symptômes ordinaires de toute suppression, symptômes caractérisés régulièrement par un état d'exacerbation (molimina), nous remarquâmes une chlorose très-distincte. La malade reçut, pendant 16 jours consécutifs, soir et matin, 30 gouttes d'essence. Malgré cela les avant-coureurs douloureux ayant reparu de nouveau, nous fîmes préparer des bains de siége pour les organes génitaux, et, en même temps que ceux-ci excrétèrent un liquide muqueux un peu âcre, l'urine parut trouble et foncée d'une manière remarquable : l'expulsion fut accompagnée d'une sensation pénible de cuisson. Entre-temps nulle apparence de flux sanguin ; il y eut lieu cependant, mais seulement lors de la période prochaine de menstruation, après que la malade eut d'abord fait usage pendant 14 jours de suite d'un mélange de trois parties *essent. chenopod.*, avec une partie *Tr. ferri muriatici*, administré trois fois par jour, 30 gouttes par dose.

Voici deux cas auxquels l'on peut ajouter un troisième, concernant une jeune fille de 19 ans d'une constitution scrofuleuse, et affectée depuis son enfance de strabisme et de dysopie. Elle habitait autrefois Wissenfels et se trouve actuellement à Berlin. Voici l'état dans lequel je la trouvai : Leucorrhée abondante, surtout à l'époque de la menstruation, efforts de la nature douloureux, quoique vains, tendant à rétablir les fonctions normales. Nous lui prescrivîmes des fumigations de genièvre, une grande propreté locale, une diète, pas trop sévère, un exercice modéré, enfin le traitement médical comme dans le cas précédent. A peine quelques semaines furent écoulées que nous eûmes la satisfaction de voir les règles reparaître de la manière accoutumée.

En revanche l'essence de *chenopodium*, bien qu'employée à plus fortes doses, dans un cas d'insuffisance de flux menstruel avec céphalalgie intense, et un autre d'hystérie, ne produisit d'autre résultat que d'accroître la sécrétion d'urine ; il faut, par conséquent, une longue expérience et bien des essais encore, avant de pouvoir se prononcer avec pleine certitude sur la vertu curative de cet agent thérapeutique en général, et en particulier sur les indications spéciales de son emploi.

(N° 14, avril 1838.)

---

*Memorandum de quelques anciens remèdes efficaces ;* par le docteur Popke, médecin praticien à Jever dans le grand duché d'Oldenbourg.

### I. *Mixtura antihectica Griffithii.*

Le mémoire publié l'année dernière (voyez *Casper's Wochenschr.*, n° 45, 1837), par M. le docteur Schlesier, sur l'action efficace du chloride de chaux employé intérieurement, action constatée par lui dans un cas grave de phthisie pulmonaire purulente, m'engage à opposer à ce *nouveau* remède un autre *plus ancien* et presque oublié, dont j'ai eu l'occasion d'apprécier les bons effets dans le cours d'un certain nombre d'années, et précisément dans les mêmes cas qui, selon les expériences de M. Cohen exigent l'emploi du chloride de chaux. Absence de tout état inflammatoire dans l'organe affecté, absence la plus complète possible de symptômes fiévreux, expectoration facile, copieuse ; crachats purulents et même de couleur brune, d'une odeur désagréable, mais non mêlés avec du sang pur : telles sont les conditions qui m'ont paru nécessaires pour assurer en tout temps le succès le plus brillant à la mixture de Griffith *non-modifiée*. Comme cependant l'état d'un *collapsus* présenté ici, est moins propre à la phthisie tuberculeuse qu'à celle qui résulte d'une vomique, produite par une pneumonie négligée ou quelque affection catarrhale mal traitée, ou bien à celle qui débute sous le nom de *phthisie pituiteuse*, il s'en suit que la véritable sphère d'activité du remède de Griffith se restreint particulièrement aux cas désignés ci-dessus. Qu'il me soit permis d'ajouter comme pièces justificatives, à l'appui de ce que je viens d'avancer, quelques faits choisis dans une foule d'autres.

M. O. L., économe, âgé d'environ 25 ans, habitant nos contrées marécageuses, est depuis un an attaqué de phthisie pulmonaire ; jugé incurable, il fut abandonné par son médecin. Je trouvai à ma visite, un homme jeune, pâle, d'une taille élancée, et amaigri au plus haut point ; son aspect présentait l'image la plus complète du dernier période colliquatif de la phthisie. Cependant, les diarrhées épuisantes n'avaient point encore eu lieu, le pouls était mou, quoique fréquent, la température de la peau peu élevée, mais la peau même humide. Malgré son état de faiblesse, le malade insista à sortir de son lit et à se mettre sur une chaise, afin que je puisse mieux juger de la force de ses expectorations. Les crachats coulèrent effectivement de suite en abondance extraordinaire, ils étaient d'une couleur brune, répandaient une odeur cadavéreuse et remplirent, en peu de temps, le tiers d'un vase de nuit d'une dimension ordinaire. Fondé sur quelques expériences précédentes, eu égard à l'imminence évidente du danger, j'ordonnai à l'instant même et immédiatement, le mélange de Griffith avec *Tinct. Corticis peruvian.*, absolument de la manière qu'il se trouve rapporté dans *Jalm's Materia medica*, vol. II, p. 134 (1). Après deux potions, chaque de 8 onces environ, nous pûmes déjà constater des symptômes d'un mieux non équivoque, et, au bout de deux mois, le malade n'ayant fait usage d'aucun autre remède que de la mixture indiquée ci-dessus, je le vis, à ma grande satisfaction, si complète-

---

(1) Voici sa formule :

| | | |
|---|---|---|
| *Rec.* | *Ferri sulphur. cryst.* | ℈j. |
| | *Kali carbon. e tart.* | gr. xxv. |
| | *solve in* | |
| | *Aq. menth. crisp.* | ℥viij. |
| | *adde* | |
| | *Myrrh. pulv.* | ʒj. |
| | *antea cum* | |
| | *Sacch. alb.* | ℥ß |

*Contr. M. D. S.* ; à prendre, après avoir secoué, 4 fois par jour 1—2 cuillerée à soupe. (*Note de la rédact.*)

ment rétabli, que l'homme présentement fort et bien nourri, n'offre plus la moindre trace de son ancienne affection.

Un cas semblable, quoique moins intense, a été observé par moi chez un tailleur, M. J. P., demeurant dans un village voisin. Il souffrait, depuis près de trois ans, d'une vomique contre laquelle il avait en vain, malgré la plus grande persévérance, employé les herbes de Lieber, ainsi que d'autres médicaments domestiques. L'habitude extérieure de cet homme, âgé de 30 ans environ, le pouls mou et presque sans fièvre, l'expectoration facile et libre de matières copieuses et purulentes, en un mot, l'absence de tous les symptômes qui auraient pu indiquer la présence de tubercules ou un état d'inflammation permanente du poumon, toutes ces considérations m'engagèrent à recourir sur-le-champ à mon remède éprouvé. Dans ce cas aussi le succès fut également favorable, et il ne peut être attribué qu'*uniquement* à la mixture de Griffith, puisque, dans le courant de trois mois, espace dont le malade eut besoin pour être complétement guéri, je ne fis usage d'aucune autre prescription.

### *Pilulæ contra hydropem Bontii.*

Les hydropisies ascites et les anasarques, si fréquentes dans nos contrées marécageuses, débutent ordinairement sous forme d'affections consécutives, après la fièvre intermittente qui règne ici endémiquement. Elles furent observées principalement en 1827 et 1828, à l'époque où l'épidémie meurtrière de 1826, dont j'essayai, dans le temps, de donner une courte description (1), commença insensiblement à disparaître, en revêtant la forme primitive, celle de fièvre intermittente. Un des symptômes ordinaires de l'anasarque, l'engorgement remarquable de la rate, était également, dans le cas en question, presque inséparable de ces sortes d'amas de sérosité; sa présence facilitait même, dans les cas douteux, l'établissement d'un diagnostic positif. C'est chose généralement connue, que la quinine est considérée comme le remède le plus efficace, dans tous ces états, en rapport plus ou moins, avec les miasmes de fièvre intermittente; mais, ce qui peut-être est moins connu, ce sont les effets très-marquants produits dans ces cas par le quinquina, non pas *isolé* (son action alors est bien inférieure), mais associé à de faibles doses de vin d'ipécacuanha. Ici, je ne puis m'empêcher de communiquer une formule à laquelle ses résultats prodigieux et presque infaillibles, surtout dans l'anasarque de l'espèce sus-indiquée avec engorgement de la rate, ont assuré une certaine vogue et l'ont rendue en quelque sorte stationnaire parmi les médecins de l'endroit.

| | |
|---|---|
| *Rec. Radicis serpentar. Virgin.,* | ʒiij. |
| *Infund. in* | |
| *Vini albi gallici,* | ℥iij. |
| *Colat. adde* | |
| *Chinin. sulphurici,* | ℈j. |
| *Vini ipecacuanh.,* | ʒß. |
| *Aq. menth. pip.,* | |
| *— cinnam. s. v. ana,* | ℥ß. |
| *Syr. aurant.,* | ℥j. |

*M. D. S.*, à prendre, toutes les trois heures, une cuillerée à soupe.

Le cas est différent, quand un amas de sérosité, bien qu'il prenne sa source dans les miasmes, après une durée d'un certain temps, devient idiopathique; ou bien, lorsque le rapport pathologique, plus ou moins rapproché avec l'agent épidémique, n'a pu être établi en tous points. Ce cas se présente particulièrement dans les ascites; on le reconnaît tant à l'absence de rapports de causalité, qu'à celle de l'engorgement de la rate, indiquée ci-dessus. Tous les efforts tendant à provoquer la diurèse, sont vains dans cette circonstance, et, exception faite du chlorure d'or, qui, parfois, produit un amendement éphémère, tous les autres remèdes de cette espèce, nous refusent, en ce cas, complétement leur assistance : c'est une expérience que chaque praticien aura faite comme moi. Avec quel empressement, par conséquent, ne doit-on pas accueillir un moyen qui, précisément dans les hydropisies ascites, non-seulement provoque d'une manière étonnante une prompte expulsion par les voies intestinales de sérosité accumulée, mais encore empêche sa reproduction; et, par là, épargne la nécessité d'avoir recours à la ponction, opération dangereuse, qui, ordinairement, doit être répétée à de courts intervalles, sans qu'il en résulte autre chose qu'un soulagement momentané. J'ai en outre remarqué constamment, que les fréquentes déjections alvines liquides, opérées par l'emploi des pilules drastiques de Bontius, n'épuisaient pas les malades le moins du monde; bien au contraire, et sans qu'il soit nécessaire d'observer une diète très-rigoureuse, les forces du patient se relèvent à mesure que l'amas de sérosité diminue. J'ai l'habitude de recommander aux pharmaciens de tenir en réserve sous forme de *poudre* la masse pilulaire, telle qu'on la trouve indiquée dans *Pharmacop. Batava cum notis Niemanni*, vol. 11, p. 490 (1), de manière que le *syr. laxativ.*, compris dans la prescription, manque; puis, je fais ajouter à la poudre un peu d'esprit de vin, pour en faire des pilules, chaque d'un grain.

A. L., apprenti menuisier, âgé de près de 25 ans, d'une taille élevée et fortement constitué, fut pris, en 1835 au mois de mars, d'une fièvre miliaire qui, à cette époque, régnait comme maladie épidémique; elle fut suivie de desquamation. Le patient se remit lentement et eut, durant la convalescence, plu-

(1) Historia epidemiæ malignæ, anno 1826, Jeveræ observatæ, etc. 1826.

(1) Voici la formule :

| | |
|---|---|
| *Rec. Ext. aloes gummos.,* | ʒijß. |
| *Gutti vino hisp. solut.* | |
| *Ammoniac., ana,* | ʒjß. |
| *Diagryd. sulphur.;* | ʒj. |
| *kali sulphurici,* | ʒß. |

*M. f. c. syr. laxat. s. q. pil. pond.* gr. j. (*Dos.* gr. x-xx.)
(*Note de la rédact.*)

sieurs accès de fièvre intermittente, qui céda à l'emploi réitéré de la quinine. Hors de traitement depuis six semaines passées et retourné à sa besogne, il ressentit une tuméfaction dans les jambes qui gagna progressivement les parties supérieures, envahit tout le corps, et finit par former une anasarque complétement développée. La turgescence énorme de l'abdomen ne permettait pas de se prononcer positivement sur l'engorgement possible de la rate, cependant la percussion méthodique ne laissait plus de doute sur l'existence de la fluctuation dans le bas-ventre. En vain ai-je employé les infusions de serpentaire avec *Liq. c. c. succin.*, afin de rappeler l'activité de la peau et, en même temps, d'amener une crise favorable; la quinine aussi, préparée comme nous l'avons dit plus haut, ne produisit aucun résultat. Je m'étais convaincu, depuis longtemps, de l'inefficacité de la digitale dans les ascites; j'eus donc recours, avec pleine confiance au chlorure d'or recommandé à cette époque avec tant d'instances, par Wendt, contre les affections de cette espèce; mais l'insuccès absolu de ce médicament, m'y fit bientôt renoncer. Manquant, pour ainsi dire, de toute indication rationnelle, comptant sur la constitution vigoureuse du malade, je lui prescrivis les pilules hydragogues de Bontius, selon la manière indiquée ci-dessus, et, commençant par la dose de 2 pilules, trois fois par jour, je la lui fis augmenter progressivement, aussi longtemps, que de fréquentes déjections alvines aqueuses fussent établies et eussent amené un soulagement notable. L'usage continuel, et cependant modéré *pro re nata*, du drastique en question, fit disparaître d'abord la fluctuation de l'abdomen, puis, partant des régions supérieures, la tuméfaction cutanée; de sorte, que l'individu qui tantôt présentait l'apparence de beaucoup d'embonpoint, apparut maintenant d'une maigreur extrême. Sans avoir recours à aucun traitement consécutif analeptique, auquel les circonstances s'opposaient, le patient se rétablit entièrement dans l'espace de cinq semaines environ, sans avoir éprouvé de rechute.

Un autre cas pareil concerne une demoiselle, âgée de 27 ans, d'une constitution délicate, mais offrant l'apparence d'une bonne santé. Chez cette personne, sans nulle maladie précédente, les règles paraissant régulièrement, quoique peu abondantes, l'anasarque d'abord, puis l'ascite se développèrent insensiblement au plus haut degré. Comme, dans ce cas, dès le commencement même, il me fut impossible de signaler quelque symptôme qui pût servir de base à une indication quelconque de cause; comme, d'ailleurs, les forces de la malade étaient si peu épuisées qu'elle était en état de venir me consulter elle-même, je lui ordonnai tout de suite les pilules de Bontius, qui obtinrent le même succès que dans l'observation précédente. Il y a quelques jours, j'ai eu encore l'occasion de me convaincre par moi-même de l'état florissant de la santé dont jouit actuellement (un an après sa maladie) la personne en question : elle aussi n'avait fait usage d'aucun autre remède.

(Nos 16, avril, et 18, mai 1838.)

---

# BERLINER

## MEDICINISCHE CENTRAL ZEITUNG

Von Dr J.-J. SACHS.

### *Cas de rupture de la veine cave inférieure.*

Un homme de 50 ans, avait souffert dans sa jeunesse, de fréquentes attaques d'hémoptysie; pendant les 18 dernières années, il avait aussi souffert d'hémorrhoïdes et de varices aux veines du pied. Les varices étaient insensiblement remontées jusqu'aux cuisses et à la région inguinale. Environ trois ou quatre semaines avant sa mort, le malade était miné par une fièvre lente intermittente dont il commençait à se rétablir, lorsque quatre jours avant le moment fatal, il sentit tout à coup des douleurs dans la poitrine qui furent accompagnées d'oppression, de vomissements et de diarrhée. Ces symptômes diminuèrent insensiblement et le malade paraissait en voie de guérison quand il eut une rechute. Une douleur violente se fit sentir dans la région lombaire droite : il souffrait d'oppression, se plaignait à chaque instant de manquer d'air; bientôt il eut des convulsions et mourut au bout de 4 heures.

On trouva quelques traces d'inflammation chronique dans les poumons. L'oreillette droite du cœur s'était considérablement élargie, tandis que ses parois étaient beaucoup plus minces qu'elles ne le sont dans leur état normal. Le ventricule droit était aussi beaucoup plus mince qu'il n'aurait dû l'être. Le péricarde contenait à peu près deux cuillerées de serum clair. Le foie était très-noir, mou et gorgé de sang; la veine porte était dilatée, et la rate avait deux fois son volume ordinaire. Tout le système veineux abdominal était aussi remarquablement dilaté. Les régions lombaire droite et inguinale contenaient une grande quantité de sang coagulé. En examinant avec soin on suivit le cours de l'hémorrhagie jusqu'à la veine cave inférieure près de sa jonction avec la veine iliaque.

Cette partie du vaisseau était gonflée d'une manière remarquable et présentait plusieurs ouvertures de la largeur d'une tête d'épingle. Les parois de la veine ne paraissaient pas amincies quoique le gonflement ait compris le calibre entier.

---

### *Tumeurs axillaires produisant du lait.*

Une femme de 21 ans, remarqua pour la première fois au 8e mois de sa grossesse la présence d'une tumeur à chaque aisselle. Ces tumeurs grossirent au point d'atteindre bientôt le volume d'un œuf de poule; elles étaient insensibles et semblaient au toucher deux masses noueuses et durcies. Si on les pressait entre les doigts, il en sortait un fluide blanchâtre. Cette femme accoucha le 16 novembre; trois jours après la fièvre de lait s'annonça, les tumeurs axillaires grossirent beaucoup et il en sortit pendant 8 jours une quantité considérable de fluide blanc ressemblant à du lait. Après cette époque la sécrétion cessa peu à peu; le volume des tumeurs diminua et quand le rapporteur de ce cas (le docteur Siebold) perdit la malade de vue, la tumeur avait presque entièrement disparu. Le docteur Siebold ajoute à ce cas la relation de deux autres exemples de sécrétion de lait par des mamelons anormaux placés trois ou quatre pouces au-dessous des normaux.

Le journal *The Lancet* a également publié un cas intéressant de sécrétion de lait par une tumeur aux aisselles.

# LONDON MEDICAL GAZETTE.

*Exemple de menstrues dans un âge avancé*, par M. Archibald Brown.

Madame S., âgée de 56 ans, vint me consulter, pendant l'été de 1835 ; voici quels étaient les principaux symptômes de sa maladie : Grande maigreur, expression d'inquiétude et de malaise ; peau dure, sèche et jaunâtre. Pouls donnant 96 pulsations par minute, faible et nerveux ; langue chargée d'un enduit brunâtre ; constipation ; selles blanchâtres ; urines rares et teintes de bile ; région hépatique gonflée et légèrement douloureuse à la pression ; on sentait que le foie était considérablement gonflé ; la malade éprouvait de temps à autre des douleurs aiguës dans les lombes, la partie postérieure des cuisses et les viscères pelviens. Il y avait 14 ans que les règles avaient cessé. On attribuait au froid et à un exercice immodéré les douleurs qui duraient depuis sept mois.

Voici le traitement qui fut adopté : purgatifs actifs ; de temps à autre usage de bains de siége ; frictions avec des substances anodines sur la région lombaire, et sur la région hépatique avec une lotion nitro-muriatique. J'ordonnai un altérant combiné avec un tonique, et une nourriture légère. Trois semaines après, je trouvai chez la malade une grande excitation ; je lui en demandai la cause ; elle me dit qu'il lui avait semblé la nuit précédente que quelque chose s'était rompu en elle et que cette sensation avait été suivie d'une évacuation sanguine semblable à ses menstrues ordinaires. Après avoir vérifié la nature de cette évacuation, j'ordonnai le repos et suspendis les remèdes pendant quelques jours. Cette évacuation était, disait-elle, de la même quantité qu'étaient ses règles pendant la dernière année de sa menstruation. Après cela il y eut une diminution sensible dans toutes ses douleurs. Elle continua pendant quelques semaines le traitement ci-dessus indiqué, et fut complétement rétablie.

Les règles continuèrent de paraître regulièrement toutes les quatre semaines, en quantité toujours à peu près la même, pendant onze mois ; puis elles cessèrent. Je la visitai l'autre jour : sa santé continuait d'être bonne, mais ses règles n'avaient pas reparu.

(Mars 1838.)

---

*Cas anormal d'hystérie ; Magnétisme ;* par S. Sandys, Esq^r chirurgien.

A. S., âgée de 42 ans environ, ayant des habitudes sédentaires, la couture étant son occupation ordinaire, était depuis plusieurs années sujette à une dyspepsie ; l'état de sa langue était remarquable, quoiqu'il ne fût pas toujours le même ; l'épiderme en tombait, en totalité ou en partie, à peu près une fois par semaine, et la langue, ainsi dépouillée, éprouvait une sensation douloureuse ; 24 ou 36 heures après elle avait repris son état normal. Elle a été soumise pour cela à un traitement spécial et il lui fut prescrit de prendre tous les jours de l'exercice en plein air. Vers le milieu de novembre, elle fut affectée de vomissements continuels. La créosote fut administrée et produisit quelque soulagement ; l'acide hydrocyanique fit complétement disparaître ces accidents. Les vomissements étaient accompagnés de douleurs et de faiblesses dans le dos et dans les reins. Un mois après elle fut affectée d'une rétention d'urine, qui l'obligea à faire toujours usage de la sonde. Six ou sept jours après que cet accident se fût déclaré, on la vit un soir, vers neuf heures, se lever de son lit dans un état qui ressemblait au somnambulisme ; elle mit son schall sur ses épaules, disant qu'elle devait sortir et aller se promener. On eut de la peine à la retenir, car elle avait alors beaucoup de force, et elle déclara avec fermeté qu'elle sortirait, comme M. Sandys le lui avait ordonné. Au bout de quelques minutes, elle se mit à trembler violemment, elle chercha à s'appuyer sur les personnes qui l'entouraient ; ses forces diminuèrent peu à peu ; elle se laissa transporter dans son lit et se réveilla bientôt après en pleine connaissance. Ces attaques se renouvelèrent chaque soir, d'abord pendant quelques jours spontanément ; elles parurent ensuite provenir de l'emploi de la sonde ; car elles avaient toujours lieu immédiatement après l'opération, quoiqu'on la fît à dessein à des intervalles de temps inégaux entre huit heures et demie et dix heures et demie. Si on reculait davantage l'opération, les attaques avaient lieu spontanément.

Pendant ces attaques, elle montrait une aversion marquée pour toutes les femmes, ne témoignant aucune amitié à sa sœur, non plus qu'à ses amies et connaissances, ne voulant pas absolument les reconnaître, et déclarant qu'elles étaient liguées contre elle pour la tenir enfermée.

Chaque jour ce paroxysme devenait plus violent et durait davantage. La malade était devenue si violente et si méchante ; elle exprimait si positivement, pendant les attaques, l'intention de se détruire, d'incendier la maison ; elle faisait si souvent des efforts pour se jeter par la fenêtre et pour se briser la tête contre le mur, qu'on jugea nécessaire d'employer pour la retenir des moyens plus énergiques. Après avoir essayé inutilement de la persuasion, de la crainte et des douches froides, on eut recours à la solution sédative de Battley, par doses d'un demi-gros, administrées peu de temps

avant l'époque présumée des attaques; on mit à la malade la camisole de force et on la tint au lit. L'attaque eut lieu comme à l'ordinaire; mais peu à peu elle céda à l'action de l'opium; il y eut trois heures de sommeil. L'état de la malade pendant les 4 jours qui suivirent ne permit pas de continuer ce traitement; elle vomissait constamment ses aliments, avait un mal de tête insupportable, se trouvait bien plus mal qu'à l'ordinaire; enfin, pour se servir de son expression, elle était dans un état tout à fait misérable.

La durée des attaques à cette époque, quand on n'y portait pas remède, était ordinairement de 2 heures et demie à 3 heures. La malade devenait alors peu à peu plus tranquille, quoiqu'elle continuât encore de gémir; et à la longue elle reprenait connaissance, sans avoir eu un seul instant les yeux fermés.

Un célèbre médecin, le docteur Elliotson, conseille dans ces cas le magnétisme. J'étais donc tout à fait autorisé à en faire usage. Je fis, le 27 décembre au soir, les gestes et attouchements ordinaires et je les continuai pendant 50 minutes jusqu'au commencement de l'attaque. Depuis lors jusqu'à présent, c'est-à-dire pendant une période de plus d'un mois, les actes magnétiques eurent toujours les mêmes résultats, savoir : état comateux, si je puis m'exprimer ainsi, ou profond sommeil magnétique, ayant lieu peu à peu au bout de quelque temps. Il fallait 15 ou 20 minutes pour que le magnétisme commençât à agir, et 35 minutes pour qu'il produisît tous ses effets. La respiration devenait plus lente et si douce qu'on l'entendait à peine. Puis enfin la malade poussait, à 5 minutes d'intervalle, deux profonds soupirs; après quoi on trouvait en général les extrémités si roides, qu'en remuant une jambe on remuait tout le corps. Il y avait toujours aussi une grande diminution, sinon une absence totale de sensibilité dans la peau; en effet on pouvait pincer, piquer, égratigner et chatouiller la malade, notamment à la plante des pieds, ce qu'habituellement elle ne peut supporter. Elle semble avoir complétement perdu le sens de l'ouïe; car elle ne paraît pas entendre lorsqu'on lui crie son nom dans l'oreille; elle ne fait pas le moindre mouvement des paupières, lorsqu'on agite à son oreille la crécelle du wachman. Cependant il m'a semblé quelquefois, lorsqu'elle est dans cet état, et j'ai reconnu à l'évidence, lorsqu'elle est près de s'y trouver, qu'elle est sensible à tout exercice des muscles volontaires, même de résistance sans mouvement, et cela après que la peau semble avoir perdu toute sa sensibilité ordinaire.

Elle ne paraît rien éprouver lorsqu'on la secoue avec force; et lorsqu'on lui applique aux reins le scarificateur, il semble au gémissement qu'elle pousse qu'elle éprouve un malaise plutôt que de la douleur; elle retombe aussitôt après dans son état comateux; et le matin elle n'a pas le moindre souvenir de ce qui s'est passé.

Si, lorsqu'elle est dans cet état, on introduit la sonde elle se reveille à moitié; et il faut, pour la calmer, la magnétiser encore.

Deux soirs de suite elle ne fut pas magnétisée; l'attaque eut lieu comme à l'ordinaire, dura 3 heures et la laissa dans un état d'abattement, d'épuisement, de faiblesse et d'insomnie. Chaque matin, elle disait qu'elle se sentait plus mal. Le jour suivant on eut recours au magnétisme, qui la calma comme précédemment.

Environ 10 jours après, je laissai l'attaque continuer pendant 45 minutes; au bout de ce temps elle perdit de sa violence; je fis alors les gestes et attouchements magnétiques qui produisirent l'effet accoutumé.

Il lui fallait ordinairement trois heures pour sortir de cet assoupissement magnétique et pour reprendre tout à fait connaissance. Je devrais dire que mon pupille, M. W. Whitehouse, a souvent produit comme moi les phénomènes que je viens de décrire et qu'il est le premier qui, en continuant les actes magnétiques au delà de cinquante minutes, ait obtenu les résultats remarquables que j'ai indiqués, quoique antérieurement j'aie observé plusieurs fois une pesanteur légère et passagère, ou un certain calme provenant des gestes magnétiques.

L'introduction de la sonde, le matin, a été suivie une fois ou deux d'une courte et légère attaque, semblable à celles du soir. Quelquefois aussi de telles attaques ont précédé l'opération.

Il y a eu pendant tout le cours de la maladie, lors des attaques, une faiblesse remarquable dans les extrémités inférieures. Le jour, la malade marche facilement; mais le soir, pendant les attaques, lorsqu'elle met les pieds par terre, ses genoux fléchissent sous elle, et elle tombe instantanément, sans chanceler et sans faire aucun effort pour se retenir.

Les mêmes résultats ont constamment suivi le magnétisme pratiqué le jour indépendamment des attaques ou de l'emploi de la sonde; il y a eu la même succession de symptômes, la même insensibilité. Cependant le jour il faut moins de temps pour obtenir ces résultats; trente ou trente-cinq minutes suffisent. Au bout de trois heures environ la malade se réveille très-reposée. (Idem.)

---

### *Cas de vomito-negro chez un Africain.*

J. Richard, soldat africain, faisant partie du 2e régiment des Indes orientales fut admis à l'hôpital de Sierra Leone, le 11 mai 1837; son état présentait les symptômes suivants : un peu de fièvre; constipation; langue chargée. Dans la soirée du 15, le malade fut tout à coup pris de vomissements; il rendait une matière qui ressemblait à un mélange de sang et de café en poudre. Le 16 au matin, le malade était dans le dernier période du typhus; son pouls était faible et embarrassé; les extrémités étaient froides; son corps exhalait une odeur cadavéreuse. Il traîna jusqu'à 10 heures du soir.

*Autopsie du cadavre, 4 heures après la mort.*

La conjonctive complétement teinte de bile. *Thorax :* Poumon droit adhérant aux parois sur une longue étendue et avec assez de force; la partie supérieure du poumon droit, et plusieurs points des deux poumons présentent des taches d'une couleur foncée;

et lorsqu'on les coupe, on y trouve un engorgement sanguinolent; un sang liquide en coule en abondance, sans la moindre pression. Une petite quantité de sérum dans le péricarde.

*Abdomen :* Foie à peu près du volume ordinaire; sa structure quelque peu condensée; teinte jaune. La vésicule du fiel contenait une once et demie d'un liquide foncé, ressemblant à du goudron liquide. Dans l'estomac, une pinte d'un liquide foncé semblable aux matières vomies avant la mort; parties de sa surface séreuse, notamment vers son extrémité cardiaque, foncées et congestionnées. La rate d'une couleur foncée légèrement gonflée, épaisse, à demi fluide, cédant à la pression du doigt. La vessie contenait une pinte de liquide semblable à celui trouvé dans l'estomac, mais moins épais. Les intestins ne présentaient en général rien de remarquable. Tous les tissus membraneux, complétement teints de bile.

(Idem.)

---

*Cas d'abcès au foie.*

M. J. C. S. tomba malade le 9 août à Canton; son état offrait tous les symptômes de l'inflammation; on lui mit des sangsues le 10 ou le 12; on le saigna au bras le 14 ou le 15; on appliqua ensuite constamment des sangsues et des cataplasmes, et on administra le calomel chaque soir, jusqu'à ce que les symptômes eurent perdu de leur gravité. Les médecins du malade le considérèrent si bien comme hors de tout danger avant son départ de Canton, qu'ils lui recommandèrent d'aller respirer un air plus pur à Macao; il y arriva le 1er septembre, souffrant d'une rechute, qui présentait tous les symptômes de sa première maladie, mais à un degré plus prononcé et plus alarmant. Il se plaignait d'une extrême sensibilité dans toute la région du foie, et cela à tel point qu'il pouvait à peine endurer sur cette partie le poids de la main. Un effort pour faire une inspiration, lui causait une vive douleur dans le côté droit. Sa respiration était brève, et accompagnée de toux; langue chargée; bouche sèche; pouls vif et précipité; air souffrant; prostration générale. Ces symptômes indiquaient clairement que l'inflammation était arrivée à ce degré où elle ne peut plus se terminer par la *résolution*.

L'application de sangsues sur l'endroit douloureux, qui eut lieu à différentes reprises et que l'on continua aussi longtemps que le permit l'état d'affaiblissement du malade, produisit du mieux, mais qui ne se soutint pas. Les selles furent maintenues régulières au moyen de lavements émollients, et de temps à autre de petites doses de calomel, de rhubarbe et d'huile de ricin. On maintint la contre-irritation au moyen des cataplasmes et du tartre émétique; on essaya des bains nitro-muriatiques et on les continua quelque temps; malgré l'emploi de ces moyens, on n'obtint aucune amélioration marquée.

Ce traitement fut continué jusqu'au 13; il y eut alors un changement subit en mieux dans le caractère des symptômes. Le malade éprouva tout à coup du changement et sentit quelque chose qui se brisait en lui. En examinant ses selles, le lendemain et les jours suivants, on y reconnut une quantité considérable de matière purulente, ce qui nous maintint dans l'opinion qu'il avait eu un abcès au foie. Dix ou douze jours après, il se trouvait beaucoup mieux, lorsque les mêmes symptômes se déclarèrent de nouveau. On employa les mêmes remèdes qu'auparavant, et, de plus, des fomentations anodines; mais ce fut encore sans aucun succès; l'état du malade empirait chaque jour et inspirait des craintes sérieuses, lorsque, le 4 octobre, il éprouva un autre changement soudain en mieux. Mais l'abcès, étant situé plus haut que le premier dans l'organe, creva dans le thorax, au lieu de s'ouvrir dans le colon, et la matière fut rendue par expectoration. Depuis, l'état du malade s'est continuellement amélioré; on a seulement eu l'attention de maintenir le ventre libre au moyen des purgatifs et des lavements, d'augmenter les forces par de légers toniques et un bon régime, de ménager la sensibilité du système nerveux et de procurer le sommeil au moyen de l'acétate de morphine.

Le malade éprouva ensuite un peu de douleur au côté droit : on eut recours aux ventouses, mais il ne put les endurer; on appliqua alors des sangsues, qui produisirent un bon effet. Il se rétablit promptement. (Idem.)

---

*Effets du sang des cholériques sur des animaux;* par le docteur Namias, de Venise.

En ouvrant le corps d'un homme, mort à l'âge de 50 ans, à l'hôpital Saint-Daniel, dans cet état de froid glacial qui survient après 24 heures de choléra, on trouva dans les cavités du cœur un sang noir et congelé, avec une ou deux concrétions polypeuses. Une partie de ce sang congelé fut introduite, sans causer beaucoup de douleur, sous la peau d'un vieux lapin gras, de la manière suivante : on rasa la fourrure, et après avoir pratiqué une incision dans la peau, on la sépara du tissu cellulaire, au moyen du manche du scalpel; on déposa le sang dans la cavité ainsi formée, et la blessure fut recousue avec soin. Ce mode d'inoculation fut suivi dans toutes les expériences.

1re *expérience.*—Cinq jours après l'opération, le lapin parut malade; ses évacuations furent moins solides qu'à l'ordinaire; on remarqua par terre une matière blanchâtre et glutineuse. L'animal fut trouvé mort le huitième jour. Le sang du cœur était noir et grumeleux avec quelques concrétions fibrineuses; la vessie était remplie d'urine; le sang introduit sous la peau avait pénétré les tissus environnants; les lèvres de la blessure avaient leur consistance normale; la surface interne de toute la peau était couverte de taches bleues ou ecchymoses; mais le reste des organes ne présentait aucune altération.

2e *expérience.* — Une égale quantité du sang de ce lapin fut introduite dans la cuisse d'un lapin femelle. On trouva l'animal mort 24 heures après, ayant autour de lui la même matière blanchâtre dont nous avons parlé plus haut. L'examen du corps

donna les mêmes résultats que l'expérience précédente. L'auteur fait ici cette remarque judicieuse que la mort rapide du second lapin provient non-seulement de ce qu'il était plus faible en raison de son âge et de son sexe , mais encore de ce que les animaux absorbent le sang d'un animal de leur espèce plus facilement que le sang humain.

3e et 4e *expérience.* — Le sang du lapin dont nous venons de parler fut introduit sous la peau de deux autres lapins, qui moururent en six jours, avec les mêmes indices de maladie. Ces lapins étaient beaucoup plus gros que le précédent.

Les expériences suivantes furent faites avec le sang d'un homme mort dans cet état de froid glacial que l'on remarque après douze heures de choléra. Le sang était noir et grumeleux ; mais il n'y avait pas de concrétions.

5e *expérience.*—Celui-ci était un vieux lapin gris. Il mourut cinq jours après l'opération. Il n'y avait pas par terre de matière blanchâtre ; la vessie était vide ; il y avait quelques taches brunes à la surface intérieure de la peau. La blessure n'était pas de nature à affecter la santé de l'animal ; son état et celui du sang étaient les mêmes que dans les autres cas.

6e *expérience.* — Elle fut faite avec le sang du dernier lapin mâle, qui pesait 2 livres un quart. Il mourut en 40 heures. Vessie pleine ; sang noir et fluide ; taches ordinaires à la peau. Dans ce cas aussi, le poison inoculé au moyen du sang d'un animal de même espèce a agi plus rapidement que le poison provenant directement de l'homme.

7e *expérience.* — Un autre lapin, inoculé avec le sang du dernier, est mort en 6 jours.

8e et 9e *expérience.* —Dans ces deux expériences, pour plus d'exactitude, le docteur Namias a pesé les deux lapins et le sang. Il a injecté dans l'un, du poids de 3 livres et demie, 10 grains de sang de la dernière expérience, et dans l'autre pesant 3 livres, 8 grains du même sang. Tous deux sont morts en six jours.

On fit d'autres expériences pour reconnaître si le sang humain provenant de personnes mortes d'autres maladies que du choléra produirait des résultats semblables. Trois lapins furent inoculés : un de deux livres un quart, avec sept grains de sang noir, fluide et puant, provenant du cœur d'un malade mort de la gangrène des intestins ; un mois après, l'animal était bien et vigoureux. L'autre du poids de 3 livres un quart, fut inoculé avec 12 grains de sang d'une personne morte d'un anévrysme ; et le troisième pesant 2 livres 2 onces, avec 40 grains du même sang ; cette quantité devait suffire pour déterminer la mort. 36 jours après, le plus gros lapin était alerte et vigoureux; le plus petit était abattu et sans ressource : il avait une énorme blessure au siége de l'inoculation.

Le docteur Namias, qui considère la réaction du choléra comme un effort bienfaisant des pouvoirs vitaux pour chasser du corps les matières incompatibles avec ses tissus, pour remédier au dérangement du système sanguin et à l'épuisement du système nerveux est porte à croire que le sang de personnes mortes dans cet état est moins pernicieux que le sang d'individus morts d'épuisement. Le professeur Rima s'est livré à quelques expériences qui semblent confirmer cette opinion. Douze grains du sang d'une femme morte après trois jours de maladie et une réaction incomplète, furent introduits de la manière ordinaire sous la peau de deux lapins ; un troisième avala un scrupule du même sang. Tous trois survécurent ; mais on trouva dans le chenil des deux derniers un grand nombre de taches, produites par la matière blanche glutineuse qui s'y était desséchée. L'autre paraissait vomir le sang qu'il avait avalé, et quelques jours après il vomit une substance blanche semblable. On injecta quatre scrupules sous la peau à la partie postérieure du col d'un petit chien. Ce sang provenait d'une femme morte du choléra en 72 heures, après une réaction incomplète. Les deux premiers jours, le chien rendit avec ses fecès ordinaires plusieurs petits vers blancs ; le troisième jour il vomit le lait qu'il avait avalé, et il mourut le quatrième jour. On remarqua sous la peau séparée un commencement de suppuration ; la vessie était tout à fait vide ; le cœur contenait du sang très-fluide en petite quantité ; il n'y avait pas de cause évidente de mort. (Idem.)

---

*Résultats de la ponction dans dix-neuf cas d'hydrocéphale;* par J.-T. Conquest, M.-D.

Près de dix ans se sont écoulés depuis que, le premier, j'ai eu l'idée de chercher à guérir l'hydrocéphale chronique en retirant le fluide des ventricules cérébraux. Le temps me semble venu où je dois à l'art et à moi-même de rendre compte des résultats de ces opérations. Il se rattache à cette question des considérations si importantes que, tant qu'elle n'a pas été éclairée par l'expérience, je ne me crois pas en droit d'aller au delà du simple exposé des faits, tels que ma position actuelle me permet de les garantir, réservant pour l'avenir des investigations plus méthodiques et plus complètes sur l'origine, la nature et les progrès de cette grave maladie et sur son traitement médical et chirurgical.

L'opération consiste à passer dans l'un des ventricules latéraux un petit trocart confectionné avec soin, et à retirer autant de fluide que le permet la constitution du malade. L'endroit où l'on doit de préférence introduire le trocart est le trajet de la suture coronale, vers le milieu entre l'apophyse cristagalli de l'os ethmoïde et la fontanelle antérieure ; on échappe ainsi au danger de blesser le corps strié d'un côté et le sinus longitudinal de l'autre.

L'instrument pénètre ordinairement de deux pouces environ ; dans la plupart des cas le sérum était incolore ; mais parfois il était teint de sang. Une fois, par exemple, il s'échappa une quantité considérable et effrayante de sang vermeil ; il provenait selon toute apparence d'une branche de l'artère méningée. Quelquefois quand on retire le trocart, l'eau ne coule que quand on passe la sonde le long de la canule pour chasser les parties du cerveau qui contiennent ce liquide. Après avoir fait sortir autant de fluide qu'on le peut sans exposer la vie du malade, on doit appliquer un emplâtre adhésif à la tête qu'on doit tenir constamment comprimée

pendant l'opération ; cet emplâtre a pour but de maintenir le crâne réduit de volume et de prévenir les conséquences dangereuses de la cessation subite d'une longue pression sur le cerveau.

J'ai fait l'opération de la ponction sur dix-neuf individus. Sur ce nombre, dix vivaient encore d'après les dernières nouvelles que j'en ai reçues. Plusieurs étaient des enfants qui, avant l'opération, étaient réduits à un état vraiment déplorable, dont les convulsions, la perte de la vue, la maigreur, etc., étaient les principaux symptômes; mais leur diminution apparente ou réelle a été très-remarquable. Dans quelques cas, les résultats ont été des plus heureux ; dans d'autres, la répugnance des parents pour une seconde opération ne m'a permis d'obtenir qu'un soulagement momentané ; aucun de ces enfants n'a succombé pendant l'opération ou immédiatement après; plusieurs sont morts, mais ce n'a été que plusieurs semaines ou même plusieurs mois après l'extraction du fluide.

Toutes les opérations ont été faites en présence d'hommes de l'art, et plusieurs en présence du corps nombreux d'étudiants qui suivent la clinique de l'hôpital St-Barthélemy ; des hommes qui s'intéressaient à leurs résultats en ont surveillé les suites. Quoique la guérison dépendît principalement de l'extraction du fluide, abstraction faite des moyens pharmaceutiques et médicaux, cependant j'attribue en grande partie le succès aux soins éclairés de mes confrères.

J'ai toujours pensé que nous ne devons pas désespérer de soulager ou de guérir les individus atteints de cette déplorable maladie. Le peu de succès qu'ont eu les tentatives déjà faites ne doit pas nous décourager; car *anceps remedium melius quam nullum*. Ce fut dans l'automne de 1828 que je fis la première opération sur Catherine Seager, âgée de 20 mois, dont la tête s'était insensiblement enflée pendant les 6 derniers mois; il ne coula pas plus de deux onces de sérum ; mais lorsque l'enfant fut rentrée chez elle, M. Harvey d'Islington ayant introduit la sonde dans le ventricule, il s'en échappa goutte à goutte une quantité considérable de fluide ; les bandages et les serviettes en furent saturés pendant la nuit; on calcula qu'ils n'en contenaient pas moins de deux pintes. L'opération fut suivie d'un paroxysme de convulsions et de quelques symptômes de méningite, auxquels on porta bientôt remède au moyen de sangsues et de lotions froides évaporatives. Deux ans et demi après j'eus, en compagnie de plusieurs amis, la vive satisfaction de voir cette enfant, lorsque ses parents étaient sur le point de l'emmener en Amérique. Elle était dans un parfait état de santé; rien ne dénotait qu'elle eût été atteinte d'une aussi terrible maladie ; ses facultés intellectuelles n'en avaient aucunement souffert.

Le second cas fut celui de William Honey, âgé de 8 mois. L'enflure de la tête avait été sensible pendant 6 semaines environ ; le 20 nov. 1829, je fis la ponction, à l'hôpital de Saint-Barthélemy et je tirai du ventricule droit douze onces de sérum incolore. J'en fis sortir, le 2 décembre, 12 onces de plus, et le 16, 10 onces et demie ; ce qui faisait un total de 34 onces et demie. Cet enfant allait de mieux en mieux, lorsqu'il fut atteint de la coqueluche, qui l'emporta quelques jours après la dernière opération.

J'ai fait la troisième opération sur William Wilmer, qui est maintenant à l'établissement des orphelins de City Road ; 8 ans se sont écoulés depuis qu'on lui a retiré, en deux ponctions, 24 onces d'eau. Le docteur Caldwell, du dispensaire de la cité, où ce malade recevait des soins a donné l'historique de ce cas intéressant. J'extrais de ce récit authentique le passage suivant : « William Wilmer, âgé de 4 mois, fut confié à mes soins en juillet 1830. Sa tête était énorme ; elle était ainsi depuis sa naissance ; le front était large et proéminent; les yeux proéminents et quelque peu convulsés ; hoquets fréquents et vomissements. Plusieurs médecins virent le cas et le jugèrent sans espoir. Au commencement d'août le docteur Conquest opéra cet enfant; et aussitôt le fluide sortit en abondance, d'abord clair, et ensuite légèrement teint de sang. Le reste du jour l'enfant fut assez faible, mais plus gai qu'il n'avait jamais été ; quelque temps après, tous les premiers symptômes diminuèrent beaucoup d'intensité. Lorsqu'un mois environ se fut écoulé, on jugea nécessaire de renouveler l'opération ; et le 3 septembre, le docteur Conquest fit sortir près de 12 onces de plus d'un liquide très-clair. L'enfant dort bien, a bon appétit, est très-gai et a toutes ses facultés intellectuelles.

» 6 septembre 1832. »

La notice du docteur Caldwell mentionne en outre ce fait curieux que la tête, si grosse au moment de l'opération, n'a plus augmenté de volume, quoique la force et le volume du corps soient insensiblement augmentés à mesure que l'enfant avançait en âge; la tête, quoique disproportionnément grosse, a conservé à peu près la même dimension pendant les 8 années qui se sont écoulées depuis l'opération.

Le quatrième cas, celui d'Elisabeth Forster est celui qui présente le plus d'intérêt. D'abord c'est celui où il a été extrait la plus grande quantité d'eau (pas moins de 55 onces); ensuite après avoir perdu l'enfant de vue et l'avoir crue morte jusqu'en septembre dernier, j'ai eu le plaisir de recevoir une lettre que je transcris en entier, parce qu'elle contient sur ce cas tous les renseignements nécessaires.

« Cher monsieur, ayant été faire une visite dans le comté de Buckingham, j'ai vu, grâce à M. Cowley, de Winslow, la jeune Elisabeth Forster, résidant à Little Harwoold, que vous avez opérée, il y a 5 ans, d'un hydrocéphale. Tout en elle annonce la santé; elle a bonne mine et bon appétit; elle dort bien; pendant qu'elle a été à l'école du village elle faisait autant de progrès que les autres enfants; elle a répondu aux différentes questions que je lui ai adressées avec une finesse qui, au dire de sa gouvernante, lui est habituelle. Sa tête a 24 pouces de circonférence; l'ossification est complète, sauf à la fontanelle postérieure, et aux deux autres ouvertures de même dimension (deux pouces chacune) de chaque côté de la ligne médiane, sur le trajet de la suture coronale. Mme Forster dit que c'est à vos soins que sa fille doit la santé et exprime avec effusion la reconnaissance qu'elle vous porte.

« Votre, etc.

« Francis Cook, M.-D. »

Il est inutile d'indiquer les particularités des quinze autres cas puisque tout ce qu'il importe de connaître se trouve dans le résumé qui termine cet article et d'où il résulte que sur les 19 enfants opérés, lors des dernières nouvelles que j'ai eues d'eux, 10 étaient vivants et 9 morts; mais il faut faire attention que j'ai perdu de vue plusieurs de ces enfants qui, appartenant à la classe pauvre, n'ont pas de domicile fixe. Peut-être sont-ils morts maintenant, quoiqu'ils vécussent encore la dernière fois que je les ai vus, quelque temps après l'opération.

Les suites de ces opérations n'ont pas toutes été également heureuses. Il n'est pas douteux qu'il y ait eu dans quelques cas guérison parfaite; dans plusieurs il y a eu diminution marquée des souffrances et prolongation de la vie; dans aucun la terminaison fatale n'a été accélérée.

Le docteur B. G. Babington a analysé le fluide avec grand soin et il en établit la pesanteur spécifique à 1004. Ce fluide ne se coagule pas par la chaleur, les acides ou l'alcool, et ne contient donc pas d'albumine. La teinture de noix de galle ne produit pas de précipité immédiat, mais au bout de quelques heures il s'échappe quelques flocons bruns; ce qui prouve qu'il y a un peu de gélatine. A l'évaporation 1000 grains donnent 10 grains de matière solide, principalement de chlorure de sodium dont le précipité avec le nitrate d'argent décèle la présence. Le liquide contient donc dans cent parties :

| | | |
|---|---|---|
| Eau. . . . . | 99 | » |
| Gélatine. . . . . | » | 1 |
| Chlorure de sodium. . | » | 845 |
| Autres sels et pertes. . | » | 055 |
| | 100 | » |

Aucun cas ne prouve à l'évidence que cette maladie puisse être guérie sans retour. Les cas les plus favorables sont ceux où l'effusion est manifestement résultée de l'action inflammatoire et où l'excitation cérébrale a suivi l'opération. Le tableau qui suit présente le nombre des cas où j'ai fait la ponction, la quantité de liquide que j'ai extrait par ce moyen et les résultats obtenus :

| Nos. | Noms. | Nombre des opérations. | Quantité de liquide extrait. | Vivants. | Morts. |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Catherine Seager. | 1 | ℥ xxxij | 1 | 0 |
| 2 | William Honey. | 3 | xxxivss | 0 | 1 |
| 3 | William Wilmer. | 2 | xxiv | 1 | 0 |
| 4 | John Hall. | 5 | xlviijss | 0 | 1 |
| 5 | Alfred Parman. | 4 | xlv | 0 | 1 |
| 6 | Mary Ragon. | 3 | xxvj | 1 | 0 |
| 7 | Charles Discomb. | 2 | xx | 0 | 1 |
| 8 | John Ward. | 1 | viij | 0 | 1 |
| 9 | John Clauditt. | 2 | xxij | 0 | 1 |
| 10 | Charles Clarke. | 2 | xvij | 0 | 1 |
| 11 | Elisabeth Forster. | 5 | lv. | 1 | 0 |
| 12 | Jemina Evans. | 1 | vijss | 0 | 1 |
| 13 | Jane Brocken. | 1 | xiij | 1 | 0 |
| 14 | Eléonore Mahoney. | 1 | ix | 1 | 0 |
| 15 | Francis Chiddy. | 4 | xxxiij | 0 | 1 |
| 16 | Thomas Norman. | 1 | vj | 1 | 0 |
| 17 | Anne Armenio. | 3 | xxxjss | 1 | 0 |
| 18 | James Thomson. | 2 | xiv | 1 | 0 |
| 19 | John Pratt. | 1 | ix | 1 | 0 |
| 19 | | 44 | 455 | 10 | 9 |

(Idem.)

*Cas de transposition des viscères,* recueilli par M. Thomas Falcon.

John Boardman vint pour la première fois réclamer mes soins, au printemps de 1834, pour une affection pulmonaire. A cette époque le son de sa respiration était sourd, accompagné d'une toux fatigante et de dyspnée. Ces symptômes cessèrent dans l'été de 1834, si bien qu'il fut capable de se livrer à ses occupations ordinaires. Ce ne fut toutefois qu'un répit de courte durée; car au commencement de septembre ces symptômes reparurent avec un caractère des plus alarmants. Il ne pouvait respirer qu'étant à moitié couché; son pouls était faible, irrégulier et intermittent. Il éprouvait dans la région dorsale, une douleur sourde, qui suivait le trajet des nerfs axillaires.

Il comparait au poids d'un sac de farine qu'il aurait eu sur la poitrine, la sensation d'oppression qu'il ressentait dans la région précordiale. Cependant il disait que ses plus fortes douleurs étaient à la région épigastrique, qui était très-sensible à la pression. Il ne pouvait digérer que des farineux, et encore en très-petite quantité. La réunion des symptômes à cette époque indiquait la présence d'une gastrite d'un caractère aigu. D'après cela, le malade fut traité par les sangsues et les antiphlogistiques appliqués à la région épigastrique, et par les autres moyens médicaux qu'on emploie avec succès dans la gastrite. Il n'en résulta cependant aucun soulagement : les vomissements et les douleurs continuèrent.

15 octobre. — Les paroxysmes de l'embarras dans la respiration sont maintenant précipités et effrayants. On ne sent le battement du cœur sur aucun point du côté gauche de la poitrine; on n'entend le bruit de la respiration qu'à la partie postérieure du thorax, près des vertèbres. Le malade m'apprend maintenant que le cœur bat toujours au côté droit de la poitrine; quand on applique la main sur cette partie, on sent les battements du cœur qui sont faibles et irréguliers. En y appliquant l'oreille on entend à l'intérieur le bruit de soufflet continuel et distinct.

Tels furent les principaux symptômes de ce cas. Le malade languit jusqu'en avril 1835, époque à laquelle il mourut. En ouvrant la cavité de la poitrine, je trouvai une énorme tumeur, du poids de neuf livres; c'était une substance médullaire brun-foncé, que les doigts déchiraient facilement, et entourée d'une capsule fibreuse. Elle avait pris naissance dans le médiastin antérieur et paraissait avoir insensiblement augmenté de volume, vers l'époque de la mort. Les deux lobes du poumon étaient si comprimés, qu'ils n'avaient pas plus de deux pouces d'épaisseur; cette pression s'exerçait sur le dessus des bronches et sur la crosse de l'aorte et s'étendait très-avant dans le poumon droit. Il était évident que le cœur avait toujours été situé du côté droit et qu'il n'avait pas été poussé par la tumeur dans la place qu'il occupait; car l'aorte passait vers le bas et au côté droit de la colonne vertébrale, l'artère brachio-céphalique passait à gauche, tandis que la carotide et l'artère sous-clavière passaient à droite.

Quoique la continuation de la gastralgie et des vomissements fût probablement due à la pression de la tumeur sur les nerfs vagues, cependant l'estomac ne présentait pas d'inflammation. Les glandes lombaires étaient gonflées. Les viscères thoraciques et abdominaux étaient transposés.

Dix ans avant sa mort, le malade s'était soumis à l'amputation du testicule droit pour cause de maladie fongueuse de cet organe. La tumeur dans la poitrine était évidemment un fongus hématode, affectant les restes du thymus. (Idem.)

---

*De la structure microscopique du cerveau et de ses tissus;* par le docteur Luigi Calori.

Après avoir décrit les trois principales formes de la structure du cerveau, observées par les anatomistes, savoir, la structure tubulaire de Ehrenberg, la structure fibreuse et cylindrique d'Alex. Monro et de Fontana, et la structure globulaire de Della Tore, l'auteur mentionne ses propres observations, qui l'ont amené à conclure qu'on peut produire et rendre apparentes toutes ces formes en faisant attention à certaines particularités. L'apparence globulaire est la plus ordinaire; mais la forme varie selon le mode de préparation du cerveau, selon le degré de lumière auquel il est soumis sous le microscope, et selon le degré de puissance grossissante de l'instrument; néanmoins l'apparence globulaire de la matière nerveuse est probablement la plus réelle.

Les tissus qui sont mêlés à la substance nerveuse et qui la supportent sont une substance cellulaire très-fine et très-transparente; ce sont les vaisseaux sanguins, indiqués par Prochaska, et desquels, d'après Calori, il n'a pas été donné jusqu'ici de description exacte. Les vaisseaux des substances médullaire et corticale ne sont pas identiques; car ils diffèrent dans leur dimension et dans leur distribution. Gall a donc eu tort de dire que la substance corticale était la source de la substance médullaire. Ces vaisseaux forment un réseau d'une finesse remarquable; ils sont d'une dimension tout à fait disproportionnée avec celle des vaisseaux primitifs, et sont distribués comme les vaisseaux situés à la surface de la membrane allantoïde. La matière nerveuse est unie à ces vaisseaux; et si elle est réellement globulaire, elle se rapproche beaucoup du tissu adipeux de Malpighi, dont elle a l'aspect général. (Idem.)

---

*Rupture de l'utérus dans le cinquième mois de la grossesse;* par Roger Shirley Nunn.

Je fus appelé le 19 février, vers dix heures du soir, auprès de madame C., qui était, me disait-on, extrêmement malade. Je la trouvai dans un état d'affaissement qui n'avait aucune cause apparente. J'appris que jusqu'à la veille au soir elle s'était parfaitement portée, quoiqu'elle fût enceinte de plus de quatre mois; pendant la nuit elle s'était plainte de quelques douleurs et de sensations d'inquiétude à l'abdomen,

et elle avait vomi une fois. Elle avait pris d'elle-même, le matin de bonne heure, un peu d'huile de ricin qui avait produit son effet lorsque j'arrivai. Elle mourut deux heures après ma visite. Je connaissais cette dame depuis plusieurs années; elle avait 25 ans; il y avait un an qu'elle était accouchée d'un enfant mort-né; l'accouchement avait été difficile; cependant il avait eu lieu naturellement. Depuis, elle avait fait une fausse couche. Du reste, sa santé en général était bonne. A l'autopsie, je trouvai l'aspect général du corps dans l'état naturel; mais dans la cavité abdominale il y avait une grande quantité de sang coagulé et de sang fluide. Il y en avait environ 4 ou 5 pintes qui couvraient les viscères hypogastriques et pelviens; je retirai ce sang; je découvris ainsi les enveloppes membraneuses du fœtus, lesquelles flottaient dans la cavité abdominale, au-dessus et en avant de l'utérus, attachées cependant à cet organe par le cordon ombilical. Je retirai le coagulum : l'utérus s'offrit alors à ma vue, dans sa position naturelle, en partie affaissé, ayant à ses parois supérieure et postérieure immédiatement au-dessus des attaches du placenta, une fissure d'un pouce et demi à un pouce trois-quarts de longueur, par laquelle s'étaient échappées les membranes et leur contenu. Le placenta restait attaché au fond de la matrice, ce qui prouvait qu'il n'y avait pas eu d'effort. Le corps de la matrice était plus mince et plus mou que dans l'état naturel; cependant les parties rompues ne paraissaient pas plus malades que le reste de l'organe; le vagin était sain, et l'orifice de la matrice était fermé; l'ovaire droit était sain; l'ovaire gauche plus gros qu'un œuf de pigeon et hydropique; la vessie était vide; il n'y avait rien dans le rectum; le reste des viscères abdominaux avait l'aspect normal.

Les particularités de ce cas semblent être celles-ci : rupture de l'utérus à une époque aussi peu avancée de la grossesse; absence de traces de violence extérieure, de douleur aiguë ou de forte contraction apparente à la matrice. Aucun symptôme général ne me donnait lieu de supposer que le sujet souffrît d'une lésion organique à un organe aussi important; les apparences morbides indiquaient une descente plutôt qu'un changement actuel de conformation; car à n'en juger que d'après l'aspect extérieur on pouvait croire l'organe dans son état normal.

(Idem.)

---

*Observations cliniques faites à l'hôpital de Westminster, sur les fractures compliquées, les plaies d'armes à feu et la nécrose;* par MM. White et Guthrie.

Une fracture compliquée de la jambe amena à l'hôpital, le 27 décembre 1837, John Dace, vieillard de 62 ans, ayant une constitution de fer; cet homme, ouvrier dans une fabrique de tapis, étant monté sur un métier, en était tombé à une hauteur de six pieds; il avait dans sa chute rencontré une pièce de bois et s'était ainsi cassé la jambe; il avait, vers la malléole interne, une blessure de deux pouces, s'étendant de l'épine du tibia derrière le péroné. Les linges dont on avait bandé la jambe s'étaient pris dans les extrémités rompues et inégales du tibia. En introduisant le doigt dans la plaie, M. Dasent y découvrit plusieurs esquilles. Le péroné était aussi fracturé; on ne pouvait en douter à l'inspection de la jambe qui était toute contournée.

Une lésion aussi grave, chez un individu aussi âgé, indiquait un pronostic défavorable; on appela donc M. White. Il enleva, en étendant le pied, les bandages qui se trouvaient embarrassés dans la plaie, et scia une longue pointe d'os appartenant au fragment supérieur du tibia. Il fut alors certain que non-seulement la fracture était compliquée, mais encore qu'elle s'étendait jusqu'à la jointure.

Malgré cette complication M. White se détermina à essayer de conserver la jambe à cet homme. Il fit l'extraction de plusieurs esquilles, après quoi on sentit distinctement les pulsations de l'artère tibiale postérieure. Il rapprocha et réunit les bords de la plaie, puis il plaça la jambe sur l'appareil d'Amesbury et la courba légèrement. Il fixa de la charpie sur la plaie au moyen d'une compresse et fit usage de lotions froides sur tout le membre. Le malade prit alors une tasse de thé avec un peu d'eau-de-vie, et lorsqu'on le quitta il dit qu'il se trouvait un peu mieux.

| | | |
|---|---|---|
| R. | *Hydrarg. chlorid.* | gr. iv.; |
| | *Extr. col. comp.* | gr. vi.; |
| | *Ft. pilul.* n° ij. *horâ somni sumendæ. Habeat haustum sennæ mane sequento.* | |

A 4 heures après-midi, le pouls étant plein et précipité, on prescrivit :

| | | |
|---|---|---|
| R. | *Liq. ammon. acet.* | ℥ij.; |
| | *Vin. antim. pot. tart.* | ʒiij.; |
| | *Mist. camphoræ* | ℥viij.; |
| | *M. cap.* | ℥j. 4tis horis. |

Le 28 décembre. Le malade a passé une bonne nuit; son pouls est calme; les selles ont paru.

2 heures après-midi. Le pouls précipité et dur donne 120 pulsations par minute. La peau est brûlante et sèche. (Saignée de 10 onces.)

10 heures du soir. Le pouls est fréquent, mais un peu moins dur; la peau est chaude; le malade est dans une agitation continuelle.

Le 29, 2 heures du matin. La garde-malade croyant Dace à l'extrémité, appela le chirurgien de l'hôpital. M. Dasent le trouva se roulant dans le lit, respirant difficilement, les dents serrées, et rendant involontairement les excréments et l'urine. Il était insensible à ce qui se passait autour de lui. M. Dasent eut de la peine à lui faire avaler un peu d'eau-de-vie. Au bout de quelque temps le malade se calma.

9 heures du matin. Le malade est assoupi; son pouls est faible; sa peau moite. On ordonne de continuer l'eau-de-vie.

Midi. La blessure a un aspect gangréneux. Les téguments de la peau se déchirent à la pression. On ôte l'appareil d'Amesbury et on place la jambe sur un coussin; on applique un cataplasme sur la plaie.

*R. Ammon, sesquicarbon.* ℈iij.
*Aquæ distillatæ* ℥viij.
*Solve, fiat mistura cujus cap.* ℥j *in impetu effervescentiæ c. succi limonis recentis,* ℥ss. *quartâ quâq horâ.*
Pudding au riz pour nourriture.

Le 30. Le malade a passé une assez bonne nuit; le pouls est petit et précipité; la peau naturelle; la langue moite. Huile de ricin immédiatement, et d'heure en heure la mixture suivante :

*R. Ammon. carbon.* ℈ij.
*Pulv. aromat,* ʒj;
*Aquæ puræ,* ℥vij.
*M. ft. Mist. de qua sumat æger.*
℥j *2dis horis.*
Un cataplasme de drèche sur la plaie.

Le 31. La plaie commence à suppurer; le pouls est plus fort, mais un peu intermittent.

Le 1er janvier 1838. Une eschare superficielle se forme dans le tiers moyen de la jambe, du côté du péroné. La suppuration continue. Le malade a de la faim; les intestins ne fonctionnent pas.

*R. Ol. Ricini,*
*Tinct. sennæ,* ana ℥ss.
*M. ft. potio statim sumenda.*

Le 2. Frissons de temps à autre. Pouls petit et faible.

Le 3. Trouble général; langue sèche, face rouge; pouls fréquent et faible. Eschare s'étendant sur la peau et sur le fascia de la jambe.

Le 5. Un amas de pus, qui s'est formé sur le côté du péroné et sous les téguments est extrait au moyen de longues incisions.

Le 6. L'eschare, située près de l'endroit de la fracture et au delà, commence à se séparer des parties saines. Le pouls est meilleur. (*Chaque jour une demi-pinte d'ale, ajoutée à l'eau-de-vie.*)

Le 8. La plus grande partie de l'eschare est détachée.

Le 17. Toute l'eschare est détachée; les granulations ont un bon caractère; on replace la jambe sur l'appareil d'Amesbury.

Le 13 février. La plaie continue de sécréter du pus et sa surface se couvre de granulations vermeilles; mais on ne peut réunir les parties disjointes des os. La suppuration commence aussi à produire une impression défavorable sur la santé du malade. C'est pourquoi M. White a pris la détermination d'amputer le membre affecté; ce qu'il a fait aujourd'hui. Il a coupé le membre au-dessous du genou, au moyen de l'incision circulaire qui se pratique d'ordinaire. Le malade a été mis au lit. M. White a examiné alors le membre amputé et en a montré l'état pathologique. Aucune particule de granulation n'était visible sur la surface fracturée du tibia ou du péroné. Les ligaments de l'articulation du pied ont été violemment déchirés; les surfaces cartilagineuses étaient entièrement absorbées et les surfaces osseuses adjacentes cariées.

M. White fit observer que les forces du malade étaient évidemment insuffisantes pour réparer la lésion qu'il avait reçue. C'est toujours, selon lui, une question très-délicate à décider si l'amputation doit avoir lieu immédiatement ou si elle doit être retardée : il pense que dans la pratique civile le devoir du chirurgien est de chercher à sauver le membre, lorsque la constitution et le tempérament du malade n'en interdisent pas l'espoir. La décision du chirurgien militaire est influencée par plusieurs éventualités que le chirurgien civil n'a pas à redouter : ce sont les mauvaises routes, les moyens incommodes de transport et l'éloignement de l'hôpital. De même à bord, le roulis du navire est une circonstance qui peut déterminer le chirurgien à hâter l'amputation, plutôt que de laisser une fracture compliquée exposée à une infinité de dangers. Dans le cas présent, la bonne constitution du malade qui n'avait pas été atteinte par cet accident, lui avait laissé quelque espoir de conserver le membre affecté.

Le 21. Le malade a été assez bien depuis l'opération; pas un seul mauvais symptôme ne s'est montré. La blessure suppure; son état est des plus satisfaisants.

En relatant ce cas, M. Guthrie fait les observations cliniques qui suivent : si dans une fracture composée la réunion des téguments s'effectue par le rapprochement de la peau coupée, la fracture composée devient une fracture simple, et la guérison s'effectue facilement et d'une manière toute naturelle. Si la réunion ne peut avoir lieu, la plaie reste ouverte et la marche de la guérison est beaucoup plus compliquée. Une fracture provenant d'un coup de feu est toujours compliquée, parce que la plaie produite par la balle ne peut se fermer au moyen des procédés inflammatoires adhésifs. Une fracture compliquée provenant du passage d'une charette est plus dangereuse qu'une fracture provenant d'un coup de feu. Le traitement dans ces cas est à peu près le même.

Dans une fracture provenant d'un coup de feu, l'os ou les os peuvent être plus ou moins rompus et les esquilles plus ou moins grandes. D'abord, examinez la plaie au moment où elle vient d'être faite, si vous le pouvez. Le principal est de s'assurer de l'état de la fracture et d'extraire les esquilles. De là dépend l'étendue de l'incision. Si la balle a simplement frappé l'os et si elle l'a traversé, en occasionnant seulement une fracture transversale, il n'est pas nécessaire de dilater une telle plaie au moment où elle est faite, parce que l'ouverture se fermerait avant qu'aucun os ne fût sorti. C'est là une des différences qu'il y a entre les fractures compliquées provenant de simple accident et les fractures provenant de coups de feu. Dans les fractures provenant de simples accidents, la force étant souvent appliquée aux extrémités des os, il n'y a aucune collision directe qui affecte les parties rompues. Dans les plus simples fractures provenant de coups de feu, la balle rase l'os et le blesse, le prive d'une partie de son périoste, et une écaille ou une partie d'os s'exfolie en cet endroit; mais cela demande du temps; c'est pour donner un libre passage à l'os exfolié qu'on pratique une incision. Si la balle loge dans les parties molles, après avoir rompu les os,

il convient de pratiquer une incision pour l'extraire et pour donner un libre passage à un abondant écoulement de pus.

Le danger particulier des fractures provenant de coups de feu, danger qui n'est pas aussi grand dans une fracture compliquee ordinaire, provient de l'inflammation qui se déclare dans le perioste et dans la partie brisée de l'os. Lorsque l'inflammation est arrivée à un certain degré, elle cause la mort de l'os et donne lieu à une réaction dans le périoste qui couvre l'os. Cette membrane se gonfle, s'épaissit et commence à déposer une nouvelle matière osseuse, non-seulement dans sa propre substance, mais encore dans sa partie extérieure, et force les vaisseaux voisins à suivre une action semblable et souvent à s'étendre d'un pouce ou plus. Ce dépôt osseux commence de bonne heure. J'en ai vu s'effectuer au bout de vingt jours et même plutôt; et au bout d'un mois ce dépôt est souvent considérable.

Dans une fracture provenant d'un coup de feu, vous avez à craindre que les esquilles soient retenues par la matière osseuse nouvellement formée. S'il ne dépend pas de vous que cet accident se déclare, vous devez du moins empêcher qu'il ne s'étende; et ce n'est qu'en calmant l'inflammation dans la partie intérieure de la plaie et dans le membre en général que vous y parviendrez. Il faut, s'il est possible, extraire les esquilles, maintenir le membre dans un repos absolu, apaiser l'action vasculaire par des lotions froides et des sangsues. Mais si le froid était trop désagréable, on pourrait avoir recours aux fomentations chaudes. Quand la suppuration est tout à fait établie, il faut chercher les esquilles et les extraire. Si on ne peut le faire, le gonflement graduel du membre indiquera bientôt le dépôt d'une matière osseuse, et après un certain laps de temps, un point d'inflammation décélera l'existence d'un abcès dans ce nouveau dépôt, causé par l'irritation d'une esquille. Quand l'abcès s'ouvrira, en introduisant la sonde on touchera le séquestre. L'os doit être extrait de suite. Plus on l'extrait vite, plus le dépôt est moindre.

M. Guthrie donne les règles suivantes pour guider les jeunes chirurgiens militaires dans leur pratique :

1° Il faut amputer l'extrémité supérieure dans presque tous les accidents qui proviennent de coups de feu.

2° Si la tête de l'humérus est brisée, il faut scier cette partie de l'os en conservant le bras.

3° Si une balle traverse l'articulation du coude, il faut couper le coude et courber l'avant-bras.

4° L'avant-bras peut supporter tant de fractures et d'incisions qu'on ne doit pas le couper, à moins de raisons décisives.

5° S'agit-il d'un doigt et d'un pouce, ou de deux doigts, on doit chercher à les conserver; mais une lésion grave au poignet nécessite en général l'amputation. (Idem.)

—

*Cas de chorée;* par C.-J.-B. Mis.

L'auteur signale les cas suivants de chorée qui se sont présentés à l'hôpital St-Georges.

1er Cas. — Sarah Haines, âgée de 12 ans, fut admise à l'hôpital le 27 octobre 1832. Pouls mou, donnant 96 pulsations par minute; peau naturelle; langue jaune et chargée. La malade n'a pas été à la selle aujourd'hui.

Chorée : aucune douleur dans la tête. La malade a eu une légère attaque du même mal il y a un an; l'attaque dont nous nous occupons a commencé il y a trois semaines.

*R. Hydrarg. submur.* gr. iv;
*Jalapæ Radic.* ℈ss;
*Muc. Acac. q. s. Fiant pil. iij. Statim, et tertio quoque mane repetendæ.*
*Baln. Imbriferum diebus intermediis;* avec une potion composée de *Senna et Mist. Camph. ter die.*

Le 27. Un peu d'étourdissement. Douze sangsues aux tempes.

Le 29. Selles noirâtres. — Même prescription.

Le 31. Hier les pilules ont produit trois selles.

*R. Pil. hydrarg. et Jalapæ statim.*
*R. Ferri subcarb.* ʒss.
*Valer. in pulvere,* ℈j; *ter die.*
*R. Extract. coloc. c.* ℈ss;
*Extract Hyosc.* gr. iij, *omni nocte. Omit. Haust. sennæ.*

Par suite de ces remèdes dont on variait les doses suivant les circonstances, la santé de la malade s'améliora progressivement, et le 12 décembre elle fut guérie.

IIe Cas. — Anne Collier, âgée de 12 ans, admise le 22 février 1833. Pouls donnant 84 pulsations par minute, assez petit; peau chaude; langue un peu chargée; selles régulières par suite des médecines; émaciation.

La malade est affectée de mouvements irréguliers des muscles (surtout aux mains), que sa volonté réprime en partie; pas de céphalalgie. Elle est affectée de cette manière depuis deux mois. On prescrit la diète et l'ordonnance suivante :

*R. Haust. sennæ;*
*Decoct. aloès c. aa.* ʒvj; *mane et meridie quotidie.*

1er mars. Même prescription. — *Cum Hausta alterno mane. Balneum imbrif. tepidum diebus intermediis.*

Le 4. Moins de mouvements involontaires; langue nette; pouls faible et petit; peau fraîche; quatre selles; matières fécales naturelles.

R. *Mist. ferri c.* ʒj; *ter die.*
R. *Pil. aloès c.* ℈ss. o. n.
Rep. *Balneum ut antea.*

Le 18. R. *Infus. rosæ c.* ℥xj;
*Quinæ sulph., Ferri sulph., aa.* gr. j.;
*Tinct. cardam. c.* ʒj; *ter die*
*Pil. aloès ut antea.*

Le 22. Les mouvements volontaires sont un peu plus fréquents.

R. *Hydrarg. submur.*, gr. v. *hora somni.*
*Haust. sennæ cras, postea.*

Même prescription.

Le 25. Même état. La malade se plaint de céphalalgie.

R. *Calomel, Extract coloc. c. aa.* gr. iv. *hâc nocte. Haust. sennæ cras, postea perstet.*

Le 1er avril. Langue nette ; selles régulières. Même prescription.

Le 10. Guérison.

IIIe Cas. — Jane Elderfield, âgée de 10 ans, admise le 31 juillet 1833. Il y a cinq semaines que tous les jours vers cinq ou six heures elle avait des mouvements convulsifs involontaires dans la main gauche. Elle pleure souvent, et se roule dans son lit ; elle ne sent aucune céphalalgie ; les selles sont régulières; la langue est blanche et sort du côté gauche de la bouche quand la malade essaie de parler ; elle ne parle qu'avec beaucoup de difficulté et d'hésitation ; les mouvements convulsifs affectent à la fois les mains, les jambes, la figure et le cou.

R. *Tinct. ferri muriat.* mx.;
*Infus. quassiæ*, ℥j.;
*Aq. piment.* ℥ij; *bis die.*

R. *Calomel.* gr. ij.;
*Pulv. Jalapæ*, gr. v.;
*Zingib.* gr. j; omni nocte.

R. *Haust. sennæ*, ℥ j; omni mane.
*Balneum imbriferum alt. mane.*

Le 1er août. Selles régulières dues aux médecines ; abattement.

*Omit. Baln. Imbrif.* Bouillon. *Perstet.*

Le 3. Elle avance la langue sans difficulté. Même ordonnance.

Le 5. Beaucoup mieux.

Le 6. Elle marche mieux. — *Perstet.*

Le 7. Même prescription. — *Cum Hausta bis in die.*

R. *Pulv. Jalap. c.* gr. x, *omni nocte.*
*Emma terebenth. omni alt. mane.*

Le 9. La malade a très-bien dormi, elle est beaucoup plus tranquille ; elle avance la langue avec moins de difficulté encore ; il y a amélioration sensible dans son état. — Même ordonnance.

R. *Ferri carbon.* ℈j; *ter die.* Même ordonnance *cum aliis. Pulv. Jalap. c. omni alt. nocte.*

Le 10. Elle peut remuer le bras gauche ; elle va beaucoup mieux encore. — Même ordonnance.

Le 16. La nuit dernière elle n'a pas eu de spasmes dans son sommeil. — Même traitement.

Le 19. Mieux. Le mouvement du bras gauche est plus libre. Diète ordinaire.

Elle s'est rétablie par degrés.

IVe Cas. — Charlotte Clemints, âgée de 15 ans, admise le 22 mai 1833. Le pouls donnait 115 pulsations par minute ; il était mou ; peau moite et naturelle ; langue un peu chargée, les selles sont régulières ; les urines ne sont pas chargées ; les règles n'ont pas paru.

Chorée : convulsions dans toutes les parties du corps et indifféremment des deux côtés ; aucune douleur dans la tête ou autre partie ; flatuosités. Les attaques ont commencé il y a une semaine et sont attribuées à une frayeur.

R. *Pil. aloès c.* ℈ss. *sextis horis.*

R. *Tinct. valer. ammon*, ʒj.; *c.*
*Decoct. hordei sextis horis intermediis.*
*Diæta ordinaria.*

Le 24 mai. Elle a rendu sa potion chaque fois qu'elle l'a prise et les pilules ont fait peu d'effet ; la chorée est la même ; gros furoncle au menton.

R. *Hydrarg. submur.* gr. v. *statim.*
*Extract. coloc., c.* ℈ss. *tertiis horis donec exoneretur alvus.*

Le 25. *Enema Oleosum.* — Même ordonnance.

Le 29. Peau naturelle ; langue presque nette.

R. *Mist. ferri c.* ʒj. *ter die.*
Rep. *Pil. coloc. c. ter die.*

Le 31. Rep. *Pil. bis die.* — Même ordonnance.

Le 3 juin. Mouvements involontaires plus fréquents ; constipation ; pouls mou, donnant 52 pulsations par minute ; peau naturelle ; langue chargée.

R. *Haust. sennæ statim, et post horas quatuor. Repetatur postea pilula ter die. Adde Haustui ferri spir. Alth. sulph. c.* ʒss.

Le 7. Elle est beaucoup plus calme ; le pouls donne 60 pulsations par minute.

*Balneum Imbrif. tepidum alt. mane. Rep. Alia.*

Le 17. Il suffit à présent de 2 pilules pour qu'elle aille à la selle ; le pouls donne 70 pulsations par minute ; peau naturelle ; langue tant soit peu chargée. Même ordonnance.

La malade a continué l'usage des purgatifs et des ferrugineux jusqu'au 8 juillet. On l'a dite alors tout à fait bien.

Le 10 juillet. Guérison.

Ve Cas. — Anne Blade, âgée de 16 ans, admise le

14 août 1833. Le pouls donnait 80 pulsations par minute; la peau était naturelle et moite; la langue un peu chargée et assez sèche; les selles étaient régulières; les urines n'étaient pas chargées; menstrues régulières.

Chorée : céphalalgie; battements dans la tête qu'on soulage en la soutenant; les maux ont commencé il y a deux mois et n'ont fait qu'empirer jusqu'à ce jour.

Application de douze sangsues à la tête.

R. *Hydrarg. submur.* gr. v, *omni nocte. H. sennæ omnia mane. Diæta ordinaria.*

Le 16. *Balneum Imbrif. tepidum alt. mane. Haust. sennæ alt. mane intermedio.*

Le 19. Selles régulières; elles sont féculentes, semblables à de la boue et infectes; peau naturelle; langue blanchâtre.

R. *Hydrarg. submur.* gr. v. *alt. nocte. Haust. sennæ alt. diebus. Balneum ut antehac.*

Le 20. Pas de mieux.

Le 27. Les mouvements des membres ne se font pas mieux; selles très-régulières; le pouls donne 100 pulsations par minute; peau naturelle.

R. *Mist. ferri c.* ℥j; *ter die.*

Du reste même traitement.

Le 30. Même état.

*Habeat Baln. Imbrif. frigidum vice tepidi.*— Même prescription.

Le 2 sept. Les mouvements convulsifs sont beaucoup moins gênants.

R. *Extract coloc., Pil. galb. c. aa.* gr. v. *Fiant pil. duæ omni nocte sumend. Angeatur mist. ferri c. ad* ℥iss; *ter die.*

Le 7. Un grand mieux se fait remarquer; les mouvements convulsifs ont presque cessé; les selles sont régulières. — Même ordonnance.

Le 16. Il reste très-peu de mouvements musculaires; sous tous autres rapports très-bien.

La malade fut renvoyée quelques jours après, guérie.

*Remarques.*—Si nous recherchons l'âge des personnes dont la maladie vient d'être rapportée et décrite, nous trouvons que la plus âgée avait 16 ans et la plus jeune 10. Dans deux autres cas dont je n'ai pas fait mention, je vois qu'une Mary Preston eut une chorée qui commença à l'âge de 17 ans et dura 5 ans, et que Lucy Blaydon eut à 25 ans une chorée qui dura un an.

Le docteur Reeve a établi dans le 8e vol. du *Journal chirurgical et medical d'Edimbourg*, que sur 84 malades il ne s'était trouvé qu'un homme âgé de 40 ans et 4 femmes de plus de 21 ans.

C'est une des maladies nerveuses dans lesquelles la pratique moderne a pris avantage sur l'ancien système des saignées, qui reste néanmoins le remède le plus puissant que nous ayions encore dans quelques cas de chorée. Le mode de traitement de Sydenham consiste dans les saignées et les purgatifs. Depuis lui, le docteur Hamilton l'a guérie par des purgatifs seuls. On pourrait au besoin citer l'autorité des autres hommes de l'art pour prouver le nombre des guérisons de chorée sans saignée, ce qui prouverait qu'on a dû autrefois l'employer inutilement dans un grand nombre de cas. Il arrive cependant que les symptômes sont tels qu'il y a nécessité évidente de saigner le malade. J'ai vu suivre pendant un bon nombre d'années à l'hôpital St-Georges le mode de traitement adopté dans les cas ci-dessus mentionnés, et ce n'est que dans le cas de Mary Preston, qui était malade depuis cinq ans, qu'il a manqué d'efficacité. La maladie chez Lucy Blaydon était aussi très-opiniâtre, cependant elle céda aux saignées, aux vésicatoires et aux diurétiques.

Les autres cas traités par les purgatifs et les ferrugineux ont eu les résultats les plus satisfaisants. Quelques-unes de mes notes font mention de l'utilité de *liquor potassæ arsenitis* combinée avec des purgatifs. (Idem.)

---

*Leçon clinique sur la syphilis,* donnée à l'hôpital de Saint-Barthélemy; par W. Lawrence, Esq. F. R. S., etc.

*Le virus vénérien ne produit pas toujours les mêmes effets.— Cas de phagédène aiguë. — Cas de chancre en suppuration. — Remarques sur ces maladies. — Effets de l'intempérance et du libertinage. — Traitement à employer.*

Dans la dernière leçon (Voir l'*Encyclographie* du mois de mai, 1838) j'ai appelé votre attention sur quatre cas d'ulcères syphilitiques primitifs qui se trouvaient alors à l'hôpital. Toutes les plaies avaient un caractère bien marqué. Il n'y en avait pas deux qui fussent semblables. Nous voyons par là que le virus vénérien, quelle que soit sa nature n'a pas une suite invariable d'effets. Il serait facile de justifier cette assertion par d'autres exemples de même nature. Ainsi le premier effet du virus vénérien peut être un ulcère tout à fait superficiel, ou une simple excoriation sans perte de substance. Il en est qui ne considèrent pas ces apparences comme syphilitiques. Je les regarde comme telles aussi bien que les autres espèces de chancres. Elles sont la suite du libertinage; car on ne les trouve pas chez les personnes mariées qui observent strictement le vœu du mariage, ni chez celles qui vivent chastement. Ces apparences sont suivies de symptômes syphilitiques secondaires; et il arrive que nous voyons des cas de ces derniers symptômes, dans lesquels le malade assure qu'il n'a jamais eu de maladie vénérienne.

J'ai été consulté, il n'y a pas longtemps par un individu atteint d'une iritis syphilitique aiguë, dont les caractères étaient si bien marqués que je lui dis de suite qu'il avait une ophthalmie vénérienne. Il

me répondit que cela ne pouvait être, puisque jamais il n'avait eu de maladie vénérienne. En le questionnant davantage, j'appris qu'il avait eu ce qu'il appelait une éruption pustuleuse sur le corps ; elle avait duré 3 ou 4 mois, et on en voyait encore quelques traces; c'étaient de petites taches d'éruption syphilitique à écailles. Il paraissait en outre que quelque temps avant cette éruption il avait eu une légère excoriation au pénis, qui ne s'était complétement cicatrisée qu'au bout de quelques semaines. Il avait consulté là-dessus un homme de l'art qui lui avait dit que c'était une simple excoriation, sans aucun caractère vénérien et qui n'exigeait pas de traitement particulier. L'iritis dans ce cas exigeait un traitement actif, et l'organe ne pouvait être complétement rétabli sans l'usage du mercure, pendant cinq semaines, administré en quantité telle qu'il affectât les gencives. Si le caractère de l'affection primitive avait participé du caractère de l'iritis et de l'éruption, nous en aurions conclu qu'elle devait décidément être syphilitique.

Cet individu aurait-il échappé aux symptômes secondaires si l'éruption (comme il l'appelait) avait été traitée par le mercure? Cela est incertain. Je pense que dans ce cas il aurait eu de meilleures chances. Si cependant il éprouvait ensuite des symptômes secondaires, tels que mal de gorge, affection du périoste, maladie du nez, je n'estimerais pas bien haut les connaissances et le discernement de la personne qui avait prononcé que le premier mal n'était pas vénérien.

Il n'y a pas eu dans ce cas d'autres symptômes : au bout de 8 mois de traitement de l'iritis l'individu était parfaitement guéri.

Je vous ai parlé, dans la dernière leçon d'un cas de chancre phagédénique chronique; c'est un ulcère rongeur qui creuse lentement; il a duré deux mois sans causer de grands ravages. L'ulcération phagédénique peut avoir une marche plus rapide ; elle peut détruire le gland en huit jours. Voici un exemple de chancre phagédénique aigu: Un individu, âgé de 22 ans, dix jours après avoir eu commerce avec une femme suspecte, trouva le gland d'un aspect étrange. Il consulta à ce sujet un homme de l'art, qu'il ne revit pas jusqu'au dimanche suivant, se livrant à ses occupations ordinaires et suivant son régime habituel, malgré la grande chaleur. Je le vis le lundi. Son médecin m'apprit alors que le mal se bornait le jeudi à une tache noire, qui avait augmenté jusqu'au samedi d'une manière effrayante ; il avait alors recommandé qu'on me consultât immédiatement. Je trouvai une ulcération phagédénique, qui avait détruit un quart de gland du côté gauche et qui par devant s'arrêtait au frein. Cette plaie d'un caractère alarmant avait une surface irrégulière, les bords en étaient dentelés et durs ; elle était d'une couleur grisâtre et jaune sale, entremêlée de taches de sang, et elle sécrétait du pus, qui avait une odeur infecte caractéristique. Le gland était gonflé et d'un rouge éclatant. Le prépuce pouvait facilement être découvert, de manière à mettre à nu la plaie, qui était douloureuse. Tout le pénis était légèrement gonflé et enflammé ; ce qui pouvait être attribué à l'excitation du malade et à l'exercice qu'il avait pris dans ce temps de grandes chaleurs. Je fis mettre dix-huit sangsues au pénis et ensuite un cataplasme de mie de pain ; je fis laver la plaie avec de l'eau noire. Les intestins furent tenus libres au moyen de purgatifs actifs; puis j'ordonnai au malade de se frictionner chaque soir avec un gros d'onguent mercuriel double et de prendre toutes les huit heures deux grains de calomel avec un tiers de grain d'opium. Je lui prescrivis de garder le lit. La position particulière du malade, le caractère aigu de ses douleurs qui l'obligeaient à un repos absolu, le dérangement grave de sa constitution, que rendait plus grave encore l'élévation de la température, l'empêchèrent de se frictionner ; le calomel et l'opium furent donc administrés toutes les quatre ou toutes les six heures. Le mercredi soir le malade avait une fièvre très-forte ; cela pouvait provenir de la chaleur excessive de l'appartement qu'il occupait sous les toits. Je lui fis une saignée copieuse au bras et je trouvai nécessaire de prescrire une lotion froide évaporative au lieu du cataplasme sur le pénis dont il ne pouvait supporter le poids.

Deux jours après on transporta le malade dans un appartement frais et commode. L'action du mercure fut lente ; il ne causa ni gonflement ni ulcération aux gencives ; mais il les rendit blanchâtres, comme si elles étaient couvertes d'un léger enduit, et causa une salivation peu abondante. La marche progressive de la maladie sembla réprimée au bout de 24 heures ; mais elle ne fut décidément arrêtée qu'au bout de sept jours. Jusque-là elle s'étendit en profondeur : il y eut entre le gland et le corps caverneux du pénis une eschare, qui détruisit le frein et s'étendit un peu du côté droit de ce pli, mais non du côté gauche du gland, et laissa le prépuce intact. Quand l'eschare se détacha, elle avait pénétré si avant qu'elle avait fait à l'urèthre une ouverture d'un pouce, du côté gauche supérieur. La plaie, lorsque la surface fut nettoyée se cicatrisa rapidement ; le prépuce resta intact ; la contraction de la cicatrice diminua la perte apparente de substance dans le gland, et cette partie fut capable de faire toutes ses fonctions ; sa forme même ne fut aucunement altérée. Le traitement mercuriel fut maintenu jusqu'à ce que la plaie fût complétement cicatrisée, c'est-à-dire pendant un mois. Ce cas offre l'exemple d'un ulcère primitif s'étendant rapidement par l'ulcération destructive et qui aurait détruit le gland en quatre ou cinq jours, à dater de ma première visite, si j'avais abandonné le mal à lui-même. Les résultats du traitement démontrent à l'évidence l'efficacité du mercure dans de telles affections.

Il n'y a eu dans ce cas aucun symptôme secondaire ; le sujet a continué de se porter parfaitement.

Je continue d'expliquer la nature et le traitement d'une autre forme de syphilis primitive, le chancre gangréneux, affection sous certains rapports plus formidable que celle dont nous venons de nous occuper. Un jeune homme de seize ans, récemment arrivé de la campagne, contracta une syphilis bientôt après son arrivée à Londres. Il consulta aussitôt un médecin, qui ne vit dans ce cas rien d'alarmant. C'était un mardi ; le médecin vint le revoir le samedi suivant. Dans cet intervalle de temps, il avait fait chaque jour trois milles pour aller à la cité et pour en revenir ; il avait vaqué à ses affaires et, quoique

le temps fut extrêmement chaud, il n'avait rien changé à son régime habituel. Le pénis était gonflé, rouge et douloureux, l'orifice du prépuce contracté; le malade était tourmenté par la fièvre, au point de ne pouvoir se livrer à aucune occupation. On eut aussitôt recours à la saignée, aux sangsues, au repos dans une position horizontale et à d'autres moyens antiphlogistiques du même genre. Le mal local semblait cependant faire des progrès, et on craignit que le malade ne conservât pas le pénis. Je le vis le mercredi; il était dans un état de grand malaise provenant de ses souffrances physiques et morales. Tout le pénis était gonflé, mais surtout le prépuce, de l'orifice duquel sortait en abondance une substance claire, mêlée de sang, ayant l'odeur fétide qui caractérise ces espèces de plaies. Le malade ne pouvait supporter que la moindre chose touchât ces parties, tant elles étaient douloureuses. Souffrant continuellement, inquiet et abattu, poursuivi par la crainte de perdre le membre, il ne pouvait prendre aucun repos. De là, et de la déplétion qu'il avait subie, résultait un grand affaiblissement. Je divisai le prépuce dans toute sa longueur, à la partie supérieure du pénis, ayant reconnu que dans de tels cas c'est en délivrant le gland enflammé et ulcéré de la pression du prépuce gonflé, qu'on procure le plus grand soulagement. Comme il arrive d'ordinaire, le sang coula de tous les bords de l'incision. Les vaisseaux immédiatement engagés dans l'inflammation se trouvent ainsi dégorgés; c'est un des heureux effets de cette opération. La moitié du gland était perdue; c'était une eschare gris-foncé, séparée des parties vivantes par une ligne distincte. Une fomentation de pavot et un cataplasme de mie de pain constituèrent le traitement local; et afin que le malade reposât la nuit, je lui ordonnai de l'acétate de morphine. Le jour suivant il était beaucoup mieux; un soulagement immédiat de la partie avait suivi la division du prépuce, et l'opiat avait procuré au malade une bonne nuit. L'eschare se détacha; au bout de deux jours, elle laissa à découvert une surface sale sur laquelle on appliqua de la charpie, trempée dans du baume de Pérou. Deux jours plus tard, la plaie fut tout à fait propre, et l'on cessa l'application du baume, parce qu'elle causait de la douleur. Bientôt la partie morte se détacha entièrement; et quoique l'eschare s'étendît à une certaine profondeur entre le gland et le corps du pénis, l'urèthre ne fut pas atteint. Alors la plaie se cicatrisa rapidement. Le traitement général, après que j'eus divisé le prépuce, consistait en un nutritif, du porter et du vin, et du sulfate de quinine par doses de deux grains, deux fois le jour.

Il n'y a eu dans ce cas aucun symptôme secondaire.

Ce cas et d'autres analogues démontrent que le virus vénérien peut produire non-seulement l'inflammation, l'écoulement et l'ulcération, mais encore la perte de vitalité plus ou moins considérable. La partie morte se détache de la même manière que dans les autres cas; la surface qui reste, après cela, est parfaitement saine; et d'ordinaire elle se granule et se cicatrise rapidement. Une personne d'esprit a écrit un ouvrage pour prouver *la non-existence du virus vénérien*. Nous ne disputerons pas sur les mots; mais qu'il nous soit permis de demander, comment, s'il n'y a pas de virus vénérien, il se fait que la première liaison d'un jeune homme sain, de seize ans, ait amené la mutilation sérieuse que je viens de décrire.

Quant à la division du prépuce (partie essentielle du traitement dans ces conditions du gland et du prépuce), quelques praticiens craignent que l'écoulement des surfaces mortes n'infecte les bords de l'incision. Cette crainte est sans aucun fondement. Cette opération a été souvent pratiquée dans cet hôpital, et jamais elle n'a eu de pareils résultats.

J'ai vu depuis peu de ces maladies phagédéniques gangréneuses en plus grand nombre qu'à l'ordinaire; quelques-unes se sont présentées dans ma clientelle civile, où elles sont plus rares que dans les hôpitaux. Ces cas sont surtout intéressants en ce qu'ils éclairent l'histoire de cette maladie. Nous pouvons affirmer que les traits distinctifs de cette dernière, ne proviennent pas de ces causes auxquelles on peut supposer de l'influence dans plusieurs cas d'hôpitaux, telles que l'intempérance, la négligence et un libertinage effréné, après la maladie contractée.

J'ai été consulté, il n'y a pas longtemps par un malade de 64 ans, qui demandait mon avis sur ce qui avait paru à son pénis. Comme il se préparait à me faire voir la plaie, je reconnus la nature de l'affection à une odeur infecte, provenant de cette partie. Il retira le prépuce sans difficulté et découvrit une eschare qu'il avait au gland, de la grandeur d'une pièce d'un franc, en partie jaune et en partie noire, et d'où sortait un pus clair et fétide. Il ne me dit pas comment cela lui était arrivé; et il ne s'agissait pas de le questionner là-dessus. J'appris que le matin même du jour où je le vis, il avait été visité par son médecin à la campagne et que c'était le rapport alarmant de ce médecin qui l'avait déterminé à venir à la ville. Le pénis n'était presque pas gonflé et était peu douloureux. J'engageai le malade à retourner aussitôt chez lui, à se mettre au lit et à y rester, à s'appliquer autant de sangsues qu'il pourrait en tenir au pénis, à faire usage de fomentations de pavot et de cataplasmes de mie de pain et à prendre un purgatif. Je lui dis qu'on pouvait s'attendre à du gonflement et de la douleur dans la partie, et que la division du prépuce serait alors nécessaire. Je ne le vis que deux jours après : il était beaucoup plus mal. Le pénis et le prepuce étaient gonflés, mais pas extrêmement. On ne pouvait que difficilement retirer le prépuce. Il avait beaucoup souffert les dernières 24 heures, et n'avait pas dormi la nuit précédente. Je divisai le prépuce dans toute sa longueur. Le sang coula par suite de cette incision et notamment d'une artère; il y en eut jusqu'à vingt onces. La moitié du gland était morte. On couvrit alors les parties d'un cataplasme de charbon de bois, excellent remède pour corriger l'odeur fétide et améliorer l'état des plaies en suppuration. La division du prépuce soulagea la douleur en même temps qu'elle arrêta les progrès de la suppuration. J'ai toujours remarqué ce dernier effet lorsque le gland avait été dépouillé de cette manière. La prostration physique et morale, qui suit nécessairement de telles affections exige un régime nutritif, des toniques et des fortifiants; ces moyens rétablissent et maintiennent les forces du malade. L'eschare, qui était dense

et dure se sépara lentement ; un mois s'écoula avant qu'elle le fût complétement; tandis que dans l'exemple précédent d'un sujet bien plus jeune, la partie morte était molle et complétement détachée en quatre fois moins de temps. Ici, comme je l'ai remarqué en général, l'eschare s'était étendue à une certaine profondeur sous le gland, et avait détruit une partie de l'urèthre.

Ce cas n'a pas eu d'autres résultats fâcheux. Il y a maintenant plusieurs mois que la cicatrisation est complète.

J'ai suivi, il y a quelques années un autre cas de chancre gangréneux. Un jeune homme qui n'avait pas vu de femme depuis longtemps en vit une le 24 oct. Depuis lors jusqu'au moment où il vint me consulter, il n'avait pas cohabité avec d'autres. Le 4 novembre il remarqua qu'il avait sur le gland un petit point blanc et il consulta un chirurgien ; celui-ci le toucha avec un caustique, dont l'application causa un peu de douleur, et prescrivit un purgatif et trois pilules bleues par jour. Le 5, la plaie était plus grande, très-douloureuse, et il en sortait un écoulement sale. Le malade était plus mal le 6 ; on lui ordonna alors trois grains de calomel et un demi-grain d'opium toutes les six heures. Il me consulta le 7 ; il avait pris quatre de ces doses et se trouvait beaucoup plus mal. Dès qu'il se déboutonna pour me faire voir son mal, je reconnus l'odeur particulière du chancre gangréneux. Le prépuce était d'un rouge écarlate et légèrement œdémateux ; le gland, également rouge, sortait à moitié de l'orifice du prépuce. On pouvait retirer le prépuce sans trop de difficulté ; on voyait alors une eschare grande comme une pièce d'un franc, dont les deux tiers étaient situés à la naissance intérieure du prépuce. L'eschare était noire sur un point, jaune et rouge foncé sur les autres points ; elle avait l'aspect glutineux d'un chancre phagédénique gangréneux et était plus élevée que les parties saines ; il en sortait un pus clair, rougeâtre et infect. Les parties voisines de l'intérieur du prépuce étaient très-enflammées. Tout le pénis était très-douloureux. La bouche n'était pas affectée par le mercure.

*Prescription.* Abandonner le mercure ; sangsues au pénis ; fomentations de pavot et cataplasmes de mie de pain ; injections entre le prépuce et le gland. Purgatif. Garder le lit.

Le soir on mit les sangsues, qui tirèrent beaucoup de sang, ce qui soulagea le malade ; l'écoulement était moins rouge, moins infect et très-clair. La constipation avait cessé ; le pouls était plein et plutôt dur. Je pratiquai au bras une saignée de seize onces et ordonnai une potion saline, avec trente gouttes de teinture d'opium, pour le cas où la douleur serait telle qu'elle empêchât le malade de reposer.

Le 8. Le malade avait passé une bonne nuit ; il n'avait pas eu besoin de prendre la potion opiacée dont je viens de parler. L'écoulement n'était plus fétide ; le prépuce était encore enflammé et gonflé ; le gland et le pénis étaient très-sensibles au toucher et par fois douloureux.

Douze sangsues, et potion opiacée la nuit.

Le 9. Le pénis moins gonflé et moins douloureux ; l'écoulement n'est plus sanieux ni fétide ; il consiste en un pus très-clair.

Purgatifs, et ensuite potion saline toutes les six heures ; potion opiacée la nuit.

Le 10. Le malade a beaucoup souffert la nuit ; il a eu cependant des intervalles de repos. Le pénis est encore rouge et très-douloureux au toucher. Je pratiquai une ouverture au prépuce dont l'intérieur était enflammé et en partie ulcéré ; la plaie du pénis était plus grande ; elle présentait une excavation dans laquelle on aurait pu mettre une noisette, et où se trouvait une eschare noire et molle ; écoulement puriforme, coloré et très-fétide.

Ablations fréquentes avec de l'eau tiède ; cataplasme de mie de pain.

Le 11. Le malade va beaucoup mieux depuis la division du prépuce. Le gland et la partie intérieure du prépuce présentent plusieurs ulcérations d'un gris cendré. Comme ces symptômes n'existaient pas dans le principe, on pouvait les attribuer à l'inflammation active des parties affectées, provenant de l'affection primitive. De même une plaie syphilitique derrière la couronne du gland cause assez souvent de l'inflammation, des excoriations et un écoulement fétide et puriforme. La plaie primitive est grande et profonde, après que l'eschare s'est séparée.

Le 14. La granulation a fait des progrès et l'excavation ulcérée a diminué. Les ulcérations secondaires et l'incision du prépuce sont cicatrisées ; tout gonflement et toute douleur ont cessé.

Le 18. La plaie s'est cicatrisée rapidement.

Cesser les cataplasmes ; charpie sèche ; potion avec infusion de cascarille et acide sulfurique, trois fois par jour.

Le 12 décembre. La plaie se cicatrisa bientôt après, et le malade quitta la ville. Les parties étaient alors dans un état parfaitement sain ; la perte de substance dans le gland paraissait beaucoup moindre ; le sujet était bien portant et plein de force.

Ce cas s'est présenté il y a plusieurs années. J'ai vu depuis le sujet de temps en temps ; je ne sache pas qu'il ait éprouvé le moindre symptôme constitutionnel.

Les cas ci-dessus décrits démontrent que le virus vénérien peut causer la mort de quelques parties (soit une simple perte de vitalité, soit l'état appelé chancre phagédénique gangréneux), comme effet primitif ; la violente inflammation des parties voisines, particulièrement du gland et du prépuce est une conséquence plus ou moins secondaire. Le traitement consiste en déplétions générales ou locales et en d'autres moyens antiphlogistiques ; de plus, il faut diviser le prépuce lorsqu'il est enflammé. Cette opération est indiquée par un gonflement général, une rougeur et des douleurs aiguës au pénis et l'écoulement par l'orifice du prépuce d'une substance fétide ou sanieuse. Il y aura bientôt une eschare au prépuce, si on ne procure pas un soulagement local de la manière que nous avons indiquée. La division du prépuce offre un grand avantage en ce qu'elle arrête les progrès du chancre gangréneux, même où la partie n'est ni gonflée, ni dans un état de phimosis, comme vous l'avez vu dans les cas précédents. Le mercure est inefficace contre cette maladie formidable et qui fait des ravages si rapides ; il serait même probablement dangereux de l'administrer. Je ne pense pas qu'il soit nécessaire d'entrer dans les

détails du traitement, tels que l'usage des remèdes anodins et les variations du traitement local selon l'état de l'ulcère, le régime, les toniques et les fortifiants, lorsqu'on a arrêté les progrès de la maladie. A cet égard vous devez vous laisser guider par les indications particulières de chaque cas. (Idem.)

---

*Femme à trois mamelles ;* par Th. Thursfield.

Au printemps dernier, je fus appelé un jour à une heure du matin chez une femme pauvre, demeurant en cette ville, qui avait, disait-on, une attaque d'apoplexie. En entrant dans la chambre je la trouvai couchée sur le dos, morte avec un enfant de 3 mois qui têtait encore la mamelle droite, tandis que quelques gouttes de lait coulaient d'un petit mamelon semblable par sa forme et sa grosseur, à une verrue et placé à trois pouces au-dessous du sein et plutôt près de la ligne médiane.

Lors de l'autopsie, je trouvai que le petit mamelon avait une glande mammaire de la grosseur d'une noix, qui était alimentée par une artère du sein droit et d'où remontait le sang par deux veines parallèles.

Il paraîtrait, d'après le rapport des personnes présentes, qu'elle n'avait jamais donné à aucun de ses enfants le plus petit mamelon, mais qu'elle souffrait de l'écoulement du lait pendant que l'enfant était au sein. (Idem.)

# THE LANCET.

*Extraction de la mâchoire inférieure ;* par Jean G. Perry. Esq. chirurgien à l'hôpital des Enfants-Trouvés.

Le cas rapporté ici se présenta l'année dernière à l'infirmerie de Saint-Mary-le-Bon, chez une jeune femme de 20 ans, d'une constitution scrofuleuse. D'après le rapport de la malade sur les progrès de la maladie et la position anormale de quelques-unes des dents, il paraîtrait qu'elle existait depuis longtemps et que le commencement de l'action morbide datait au moins de la dernière dentition. En examinant l'os (qui fut présenté à la Société de médecine), on ne pouvait douter qu'il eut été détruit par une nécrose et qu'un travail réparateur eut commencé dans la partie malade, puisque tout l'os avait été entouré jusqu'aux condyles, les alvéoles et les apophyses coronoïdes d'une matière osseuse nouvelle. Ce travail réparateur avait toutefois été interrompu par la séparation du périoste du dépôt osseux, par suite de la maladie croissante de sa membrane, et par la suppuration qui s'y était établie. Le nouvel os avait aussi péri et le travail réparateur s'était arrêté.

Le chirurgien, auteur de ce rapport, put extraire l'os sans difficulté en le divisant en trois parties ; la blessure se guérit progressivement. On prit soin de laisser autant de dents que possible dans les gencives, dans l'espoir que le traitement curatif adopté donnerait aux gencives assez de solidité pour que les dents pussent servir. Il y a à présent 9 mois que l'opération a eu lieu ; la malade est tout à fait bien, il n'y a qu'un sinus très-peu profond qui suppure un peu. La mastication s'opère avec une facilité étonnante si l'on considère qu'elle n'a d'autres agents que la langue et les dents supérieures. L'os ne se reproduit pas, mais la malade peut mordre avec beaucoup de force, et la forme de la figure est moins changée qu'on ne devait s'y attendre après l'extraction de la table externe de la mâchoire inférieure.

(14 avril 1838.)

---

*Magnétisme animal ;* par J. N. Bainbridge.

Sarah Overton, simple et bonne jeune fille, âgée de 20 ans, fut admise à la maison de travail de la paroisse Saint-Martin comme incapable de pourvoir à son existence, en raison d'attaques d'épilepsie auxquelles elle était sujette depuis l'âge de deux ans. Depuis trois ans que je lui donne des soins, j'ai épuisé pour elle toute la pharmacopée. On lui a appliqué à diverses reprises des ventouses, des emplâtres, des sétons au cou ; on l'a saignée et l'on a réglé son régime sans que dans aucun cas il y ait eu le moindre soulagement à son mal. Elle avait, en général, par jour deux ou trois attaques qui duraient quatre, cinq, et même six heures. Pendant leur durée, elle était tout à fait insensible, et il lui fallait souvent trois ou quatre personnes pour la tenir au lit et l'empêcher de se blesser.

Jeudi dernier, 10 avril, j'allai faire ma ronde à l'infirmerie. La malade était alors dans une attaque qui durait déjà depuis six heures. Ayant lu dans la *Lancette* quelques rapports sur le magnétisme, et le nom du docteur Elliotson étant une autorité en sa faveur, quoique je n'eusse jamais moi-même pratiqué le magnétisme et que je fusse tant soit peu sceptique touchant son existence, je pris la résolution de l'essayer le jour suivant sur cette malade. Sans l'avertir, sans qu'elle eût aucune idée de ce qu'on allait faire M. Vidal, mon élève, commença les actes magnétiques et je m'assis à côté de lui pour en examiner les progrès. Au bout de 10 minutes, elle se plaignit d'une augmentation de pesanteur et de douleur dans la tête. Je plaisantai et lui soutins que c'était pure imagination de sa part. Cinq minutes après, je lui trouvai le pouls moins fréquent ; de temps en temps elle respirait ; sa main se contractait légèrement. On lui fit une question ; elle essaya d'y répondre, mais ne put en venir à bout, et, à l'expiration de vingt minutes, sa tête retomba en arrière. Elle était tout à fait assoupie. J'essayai de plusieurs moyens pour la réveiller ; par exemple, je lui chatouillai la figure, le cou, et le dessous du nez avec une barbe de plume, je lui soulevai le bras de deux pieds au-dessus de la chaise et le laissai retomber, la garde malade la secoua violemment, le tout sans le moindre effet. On la porta au lit et on l'y laissa environ une demi-heure. Alors on fit une demi-douzaine d'attouchements en travers des sourcils et elle se réveilla. Depuis ce jour jusqu'à celui-ci, jeudi 17, elle n'a plus eu d'attaque et s'est sentie bien sous tous les rapports. Je ne sais si les attaques reviendront, mais il est certain que l'effet du magnétisme a été des plus remarquables.

(28 avril 1838.)

# SOCIÉTÉS SAVANTES.

## ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

—

*Séance du 29 mai.*

Présidence de M. Moreau.

M. Espiaud fait un rapport sur une ventouse proposée par M. Dujardin.

C'est une ventouse ordinaire, au côté de laquelle est adapté un tube courbé, d'un mètre environ; de l'autre côté est un autre tube avec un robinet. Mais il est inutile de reproduire cette description : on comprend de suite que, quels que soient les avantages d'un semblable instrument, il est d'un usage extrêmement difficile dans l'application. Ajoutez que la propriété de faire un vide plus parfait est souvent un inconvénient; car alors les parties se gonflent outre mesure, et l'irritation se communique au point de produire la fièvre.

M. Dubois d'Amiens croit que la ventouse de M. Junod, produisant des effets plus puissants que les ventouses ordinaires, doit avoir son utilité.

Un membre convient qu'elle embrasse des parties beaucoup plus étendues, puisqu'elle comprend des membres entiers; mais c'est cela même qui en fait le danger.

*Tableau topographique et médical de l'île de Corse;* par M. Vanucci, président de la Société scientifique de l'île de Corse. — Rapport de M. Espiaud.

M. Vanucci divise son mémoire en trois parties : 1° topographie de la Corse; 2° végétaux de la Corse; 3° de l'état de la médecine en Corse.

De ces trois parties, celle qui nous touche de plus près est évidemment la dernière. Il paraît que la pratique des médecins corses est essentiellement symptomatique; rarement remontent-ils aux causes des maladies; ils s'attachent aux effets les plus apparents.

Les Corses sont sujets à peu près aux mêmes maladies que les Français du continent. La seule maladie que l'on y puisse regarder comme le produit d'une cause locale est la fièvre intermittente; aussi y est-elle endémique; du reste, on la traite généralement par le sulfate de quinine, dont on élève la dose jusqu'à 40 grains.

On saigne dans les maladies aiguës, mais avec plus de modération qu'on ne le fait en France en général. La pneumonie et la pleurésie y font beaucoup de victimes, ce que M. Vanucci attribue à l'inhabileté des médecins à se servir du stéthoscope. Faute d'en savoir faire usage, ils méconnaissent l'inflammation au début, et ne font rien pour s'y opposer, ou la combattent quand il n'est plus temps. Lorsqu'ils la reconnaissent, ils saignent; mais, pour peu que les malades supportent mal les saignées, ils administrent le tartre stibié à haute dose, lequel produit d'excellents effets. C'est M. le docteur Autommori, de Lalana, qui a introduit la méthode de Rasori en Corse, et cela lui a fait une grande réputation.

Il existe dans l'île une eau minérale presque également efficace contre les maladies de la peau et les maladies des voies urinaires, sans en excepter les calculs, c'est la source de Puzzichello; elle produit des effets surprenants.

Parmi les maladies chroniques, les plus fréquentes sont le cancer de la jone et du rectum, les vieux ulcères et les varices des jambes, l'hydrocèle et le varicocèle. On rencontre aussi quelques cas d'éléphantiasis. Ces maladies sont généralement abandonnées à elles-mêmes.

De toutes les maladies, les moins connues sont, à ce qu'il paraît, les maladies des os. En France, il existe des familles qui sont en possession de traiter ces maladies; en Corse, ce sont ordinairement des vieillards.

Touché des maux qui affligent son pays, M. Vanucci a formé une société de médecins, dont il a l'honneur d'être le président; elle a pris sa résidance à Corté, l'une des principales villes de l'île, et qui a l'avantage d'être la plus centrale.

M. Rochoux : Il est dit, ce me semble, dans le rapport ou dans le mémoire de M. Vanucci, que les Corses ont l'angle facial moins saillant que les autres peuples de l'Europe. Est-ce vrai, ou aurais-je mal entendu?

Non, répond M. Espiaud, vous avez bien entendu, et cette observation m'a frappé comme vous; je suis donc sûr d'être fidèle.

M. Roche : J'ai lu quelque part que la Corse était exempte de scrofules; d'un autre côté, M. Vanucci déclare que cette maladie est très-rare dans cette île. Ainsi l'observation se confirme; cependant, je désirerais savoir positivement à quoi m'en tenir sur ce point. Je désirerais savoir surtout si la phthisie pulmonaire y est aussi rare que cela semblerait le faire supposer; et je propose qu'il soit écrit à M. Vanucci pour lui demander des renseignements précis à cet égard.

La proposition de M. Roche est mise aux voix et adoptée.

M. Villermé dit qu'il existe un livre de l'ancien gouverneur de la Corse, qui contient les détails les plus curieux et les plus intéressants sur cette île et sur ses productions.

M. Delens répond que ce livre était certainement connu de M. Vanucci, quoiqu'il ne soit pas cité dans son manuscrit; mais il faut savoir que quand M. Vanucci est venu à Paris, il ne s'attendait pas à écrire sur son pays, en sorte qu'il n'a consulté que

ses souvenirs; il a rédigé son mémoire uniquement pour s'en faire un titre auprès de l'Académie, et obtenir le titre de correspondant.

*Note de M. Folchi sur des expériences tendant à prouver que le fluide nerveux n'est autre chose que le fluide électrique.* Rapport de M. Bouillaud.

Cette note ne contient qu'un seul fait, d'où M. Folchi tire la conclusion qui lui sert de titre; et, en second lieu, que le cerveau, les ganglions et les nerfs sont les organes sécréteurs du fluide électrique.

M. Pelletier : J'ai écouté attentivement M. le rapporteur, et si j'ai bien entendu, il me semble que M. Folchi a fait son expérience immédiatement après la mort de l'animal, peut-être même avant qu'il fût mort réellement.

M. Bouillaud : Il était mort assurément; car il avait été décapité.

Soit, reprend M. Pelletier; mais il n'était pas mort depuis assez longtemps, et il se pourrait que l'effet produit ne fût qu'un effet chimique; c'est-à-dire une décomposition, soit d'un acide, soit d'un alcali, soit d'un sel; car on sait que toutes les fois qu'il y a décomposition, il se produit des courants électriques.

M. Thillaye parle dans le même sens que M. Pelletier. Il ajoute que sous l'influence de la chaleur, il se développe toujours des effets électriques; en sorte que dans l'espèce, il ne serait pas impossible que les effets attribués à la vie ne dépendissent que de la température.

M. Double regrette que les commissaires n'aient pas jugé à propos de répéter les expériences de M. Folchi.

M. Gerdy rappelle que lorsque Galvani faisait ses expériences, il n'avait en vue que de développer l'excitabilité des organes musculaires; ce n'est que postérieurement à Galvani et à Volta qu'on a imaginé d'expliquer par l'électricité tous les phénomènes nerveux et cérébraux, tout, jusqu'aux sensations, jusqu'à la volonté. Et dans cette théorie, pour bien apprécier la sensibilité, on commence par décapiter les animaux!

M. Gerdy termine en disant que tout le monde parle de fluide électrique, mais qu'effectivement personne n'en a jamais vu. C'est une hypothèse inventée pour faciliter l'intelligence des faits, mais il ne faut pas la prendre pour une réalité.

M. Virey ne s'engage pas à démontrer l'existence du fluide électrique; mais il cite l'exemple de la torpille en preuve de la faculté qu'ont les animaux de s'électriser.

M. Amussat : J'ignore si les phénomènes électriques se conservent longtemps après la mort; mais à coup sûr la source n'en est pas éteinte dans les quatre ou cinq premières minutes; il s'en est opéré sur les chevaux, les mulets et d'autres grands animaux.

M. Rochoux soutient que les physiciens admettent l'existence du fluide électrique.

M. Thillaye : M. Rochoux tranche là une question fort délicate, et qui, quoi qu'il en dise, divise encore les physiciens. Loin d'admettre l'existence du fluide électrique, il en est beaucoup qui n'y croient pas et qui n'en reconnaissent pas l'utilité pour l'explication des phénomènes. C'est ainsi que l'attraction n'est peut-être qu'une hypothèse; mais elle existe pour nous en ce sens que les choses se passent comme si elle existait réellement.

*Sur l'amputation partielle du pied suivant la méthode de Chopart.*

M. Blandin présente une pièce d'anatomie pathologique de la plus haute importance, et lit quelques considérations à ce sujet, qui ont été écoutées avec un très-grand intérêt. L'auteur s'est proposé de démontrer pourquoi, après l'ablation du demi-pied d'après le procédé de Chopart, le talon n'est pas ordinairement rétracté par l'action du tendon d'Achille, et à quoi tient cette rétraction lorsqu'elle a lieu. La pièce que M. Blandin a mise sous les yeux de l'Académie décide la question de la manière la plus convaincante. Les tendons des muscles fléchisseurs du pied se trouvent réfléchis d'avant en arrière sous la tête de l'astragale, et adhèrent à une toile ligamenteuse sous-calcanéenne qui se continue jusqu'au bout postérieur du talon, où s'insère le tendon d'Achille. Cette adhérence accidentelle, ou plutôt cette réflexion sous-calcanéenne des tendons fléchisseurs, réflexion opérée à l'aide d'un tissu fibreux nouveau, analogue à celui interposé entre les deux bouts du tendon d'Achille, coupé dans l'opération du pied-bot, explique le mécanisme que la nature emploie pour contrebalancer l'action des muscles gastro-cnémiens à la suite de l'opération de Chopart. Cette observation explique également comment il se fait que l'action en question a lieu quelquefois; c'est lorsque le lambeau antérieur a été très-court et que la rétraction trop considérable des fléchisseurs a empêché la réflexion sous-calcanéenne d'avoir lieu; d'où M. Blandin déduit le précepte important de couper toujours le lambeau antérieur assez long pour que cette réflexion tendineuse puisse avoir lieu.

La communication de M. Blandin jette, comme on le voit, une très-vive lumière sur une question de haute chirurgie, qui n'avait été qu'à peine comprise jusqu'à ce jour.

M. Larrey conteste l'utilité de l'opération de Chopart; il cite des cas dans lesquels l'élévation du talon était devenue telle que la démarche était impossible sans béquilles ou sans appuyer le genou sur une jambe artificielle.

M. Blandin répond que cela n'aurait pas eu lieu si l'on eût pratiqué le lambeau antérieur assez long pour fournir la réflexion tendineuse dont il vient de parler. Il a pratiqué onze fois l'opération en question sans observer jamais l'accident dont parle M. Larrey. Un de ses opérés, entre autres, c'est un blanchisseur, se sert si bien de son moignon, qu'il marche sans canne, monte et descend avec facilité les escaliers, etc.

M. Velpeau reconnaît l'exactitude et l'importance de l'observation de M. Blandin, mais il déclare que l'accident de l'élévation du talon après l'opération de Chopart est réel, et qu'il l'a observé deux fois pour son compte. Il en existe d'autres exemples; et l'on sait, d'après les faits reproduits dernièrement dans la *Gazette des Hôpitaux*, que M. Syme a été,

dans un cas, sur le point de pratiquer la section du tendon d'Achille.

D'après la proposition de M. Maingault, le travail de M. Blandin est renvoyé au comité de publication.

*Séance du 5 juin.*

Présidence de M. Moreau.

*Premier rapport. — Observations sur le choléra-morbus de Naples;* par M. Thibault. — Rapport de M. Londe.

Après la frayeur que cette épidémie jeta dans la ville de Naples, ce qu'il y a de plus remarquable, c'est la complication vermineuse qui s'ajoutait à la maladie; tous les malades avaient les intestins farcis de vers et principalement de *tricocéphales*, vers si rares dans le royaume de Naples que les cabinets d'histoire naturelle profitèrent de l'occasion pour s'en pourvoir. D'abord on crut que cette complication faisait le fond de l'épidémie; mais il fallut bien changer de sentiment quand on vit que, non-seulement les cholériques, mais tous les malades de l'époque, quelque variée que fût d'ailleurs la maladie, présentaient le même phénomène; aussi M. Thibault se contente-t-il de conclure :

1° Que le choléra de Naples a subi une des plus grandes complications vermineuses dont on ait conservé l'histoire;

2° Que cette épidémie vermineuse ne s'est pas bornée aux personnes qui ont péri du choléra ou qui en ont éprouvé des symptômes, mais qu'elle s'est manifestée chez tous les habitants de la contrée.

3° Que les phénomènes cadavériques les plus constants chez les cholériques, tels que l'injection de la membrane muqueuse digestive, le développement des follicules muqueux, la présence d'un mucus insolite, de vers tricocéphales, l'altération du sang, se sont aussi rencontrés sur tous les malades qui ont succombé pendant l'épidémie à toute autre maladie que le choléra.

Pour conclusion finale, M. Thibault admet que l'influence atmosphérique ou autre qui produit le choléra agit sur presque tous les habitants de la contrée où il sévit. En effet, tandis que les uns ont le choléra, les autres ont la diarrhée; ceux-ci ont rendu un peu d'urine; ceux-là ont des borborygmes avec une inappétence que rien ne peut tenter, etc.

M. Bally ne s'étonne pas qu'on ait trouvé des tricocéphales en si grand nombre pendant le règne du choléra : il croit que la même complication existe dans le *cœcum* chez la plupart des malades, non-seulement en temps d'épidémie cholérique, mais dans tous les temps et quelque variée que soit la maladie. M. Marc fait observer que le tricocéphale à Naples ne s'est rencontré que chez les cholériques seulement, les autres cadavres n'en ayant pas présenté de trace durant l'épidémie.

2° *Mémoire sur l'étiologie des pieds-bots ;* par M. Martin. — Rapport de M. Cruveilhier.

Quelle est la cause de cette difformité? M. Martin, appuyé sur un nombre considérable de faits, établit que, dans tous les cas, il y a absence relative des eaux de l'amnios; que par suite la matrice exerce une pression directe sur les pieds et les déforme; que constamment les femmes éprouvent, vers le cinquième ou sixième mois, une douleur fixe et souvent insupportable qui se fait sentir vers l'épigastre quand l'enfant se trouve dans la situation verticale, et aux hypochondres quand il est en travers, etc.

L'auteur s'attache ensuite à expliquer les variétés des pieds-bots et cherche à prouver que ces variétés dépendent de la situation relative des pieds entre eux au moment où la matrice vient à les toucher et à les presser de toute l'énergie de ses contractions. Si l'un des pieds porte à faux, il n'y a qu'un seul pied-bot; la difformité au contraire sera double s'ils se trouvent l'un et l'autre dans des rapports forcés; enfin suivant que ces organes sont classés par la matrice en état de flexion ou d'extension, il en résulte un *varus* ou un *valgus*, etc.

A l'égard de ses opinions sur l'étiologie des pieds-bots, M. Martin incline à croire que les renversements des pieds peuvent rentrer dans la théorie de l'arrêt de développement, sinon comme représentant en réalité un état normal à quelque époque de la vie intra-utérine, du moins par la disposition de toutes les parties constituantes de cet organe qui offrent toujours une gracilité remarquable et une sorte d'atrophie. Arrivant à la théorie des monstruosités par les brides placentaires, il prouve que si le pied-bot lui échappe sous certains rapports, il y a cependant cela de commun que l'absence des eaux de l'amnios est une condition nécessaire dans l'un et l'autre cas.

L'auteur termine enfin par une statistique des pieds-bots qu'il a eu occasion d'observer : sur 61 cas, 26 étaient doubles et 35 simples; parmi ceux-ci 18 existaient au pied droit et 17 au pied gauche. Relativement au sexe, 45 appartenaient à des garçons et 16 à des filles. D'où M. Martin conclut, en opposition avec les chiffres fournis par d'autres auteurs, que la déviation du pied droit, loin d'être moins fréquente que celle du pied gauche, l'est au contraire un peu plus, et que si la proportion des garçons est fort supérieure à celle des filles, c'est qu'ils sont généralement plus volumineux, et par cela même plus exposés, toutes choses égales d'ailleurs, à être pressés par la matrice.

M. Londe : M. le rapporteur ne partage pas absolument la théorie de M. Martin, en ce sens qu'il admet des exceptions; mais il n'y est pas non plus contraire. Et pourtant il croit qu'il est toujours possible de vaincre la résistance des muscles, et de ramener le pied à sa position naturelle, sans rien *diviser :* ce sont ses expressions. Comment concilie-t-il cette manière de voir avec ce qui se fait tous les jours?

M. Cruveilhier : J'ai dit : théoriquement parlant.

M. Rochoux : Vous avez entendu M. le rapporteur vous dire que la science doit beaucoup à M. Geoffroy de Saint-Hilaire, pour avoir renversé la théorie qui rapportait les pieds-bots et les autres difformités à un vice dans les germes. Il se peut que cette doctrine ait exagéré la vérité; mais il me semble que, de nos jours, on tombe dans un excès opposé. Si nous pouvions disséquer à volonté l'ovule, je suis persuadé qu'au lieu de le trouver simple, nous le trouverions au contraire très-composé; et dès lors, on

ne voit pas pourquoi il serait exempt d'altération. Pour ma part, je crois que beaucoup de ces vices congéniaux, et particulièrement les pieds-bots, ont leur cause dans la constitution même des germes.

M. Capuron raconte que deux femmes qu'il a assistées dans leurs couches rendirent une quantité considérable d'eaux, et qu'elles n'en mirent pas moins au monde deux enfants atteints de la difformité connue sous le nom de pied-bot. D'où il conclut que la théorie de M. Martin est sans aucun fondement. Et comment la matrice pourrait-elle comprimer le fœtus? C'est, dit-il, un point dans un océan de liquide. Et réciproquement, il a vu des femmes accoucher presque à sec, et dont les enfants avaient les pieds très-bien conformés.

M. Bourdon : La théorie de M. Martin me paraît d'autant plus inadmissible, que rarement le pied-bot est congénial ; il ne vient que plusieurs années après la naissance.

M. le rapporteur étant obligé de s'absenter, la discussion sera continuée dans la prochaine séance.

*Pilules vénitiennes de térébenthine de* M. Borelli. Rapport de Guéneau de Mussy.

A la térébenthine de Venise, M. Borelli a joint le bi-carbonate de soude, à dose, à la vérité, si petite, qu'elle est insignifiante, et qu'elle ne peut rien ajouter aux vertus de la térébenthine.

En conséquence, la commission conclut que si, par elles-mêmes, ces pilules sont peu énergiques, la vente n'en doit pas moins être prohibée.

L'Académie adopte.

M. Gerdy reprend la lecture qu'il a faite dans la dernière séance sur quelques *points de la vision*.

Dans cette espèce d'appendice, il soutient toujours que la vue est le premier, le roi des sens. Ses preuves sont les mêmes; c'est que, selon lui, il entre dans l'esprit plus de connaissances par les yeux que par chacun des autres sens, et peut-être par tous les sens à la fois. Il s'applique particulièrement à comparer la vue avec l'ouïe, et répète que si les aveugles ont sur les sourds l'avantage de s'instruire continuellement dans la conversation qui se fait autour d'eux, en revanche, les sourds ont la ressource de la lecture, infiniment plus instructive que la conversation.

M. Bourdon ne comprend pas pourquoi on veut établir une hiérarchie entre les sens, et pourquoi on appelle la vue le *roi des sens* : pour lui, il n'admet pas cette monarchie au profit des yeux. Les sens, dit-il, forment une république. Entre eux, point de supériorité, point d'inégalité.

M. Guéneau de Mussy : Ce sont très-probablement les observations que j'ai faites à M. Gerdy dans la dernière séance qui nous ont valu ces nouvelles observations; mais elles ne sauraient changer mon opinion. Il se peut que je ne me sois pas expliqué avec la précision que j'aurais mise dans une réponse écrite; à cet égard, je passe condamnation. J'avais surtout à cœur d'établir, 1° qu'il n'y a pas de suprématie entre les sens; 2° que si on voulait absolument en établir une, il faudrait l'accorder à l'ouïe. Aujourd'hui, je m'explique mieux, et je dis que la privation de l'ouïe est plus difficile à suppléer que celle de la vue. Notre collègue répond que si les aveugles peuvent entendre et parler, les sourds-muets ont pour eux la ressource de la lecture : mais c'est précisément là la difficulté; oui, il est fort difficile de leur apprendre à lire. Je l'ai dit et je le répète, lorsqu'après six et sept ans de soins assidus on les amène à lire passablement les historiettes les plus simples, on n'a pas perdu son temps; mais on le perd souvent, car la plupart ne savent pas lire couramment au sortir de l'institution, c'est-à-dire à 16 ou 17 ans.

M. Gerdy a cité des réponses en effet très-remarquables des sourds-muets. Mais combien compte-t-il de sourds-muets capables de les faire? Un ou deux : c'est toujours Massieu et Leclerc.

La vue ne peut nous faire connaître que la couleur et l'étendue; mais elle ne saurait nous donner la moindre idée des corps, sans le secours du toucher. Mettez une sphère sur cette table; de quelque côté que je me tourne, je ne vois qu'un cercle coloré : or, de là, de cette sensation à l'idée d'un corps, il y a une distance immense, et qui, je le répète, ne peut être franchie que par le toucher.

M. Rochoux : C'est, à mon sens, une grande erreur de croire que, sans le toucher, nous n'aurions pas l'idée du corps. J'ai dit que les poulets, au sortir de l'œuf, piquaient avec leur bec les grains qui doivent les nourrir : ils les voient donc ces grains, et pourtant ils ne les ont pas reconnus par le toucher. De même les hirondelles entrent avec rapidité dans leur nid, sans toucher ni à droite, ni à gauche; donc elles distinguent le plein du vide; donc elles ont l'idée des corps par la seule vue.

Toutefois, je comprends que pour l'éducation première, les aveugles aient l'avantage sur les sourds-muets; mais ensuite, je crois qu'il passe à ceux-ci.

M. Capuron : Ma profession m'a mis à même de voir beaucoup d'enfants qui venaient de naître, et j'ai toujours remarqué qu'ils n'avaient aucune idée des distances, car ils croient que tous les objets touchent leurs yeux.

Au reste l'opéré de Cheselden était dans le même cas; il se persuadait que tout ce qui l'entourait allait fondre sur lui.

D'où je conclus que le toucher est le régulateur des sens.

M. Gerdy : On a dit que c'était une puérilité de rechercher quel était le sens le plus utile, parce que chacun, dans son genre, a toute l'utilité qu'il doit avoir. Sans doute, le nez est préférable à nos yeux pour nous donner connaissance des odeurs et ainsi de suite; mais s'il est vrai qu'ils concourent tous à éclairer, à orner l'esprit, il me semble qu'il n'est pas indigne de la physiologie de rechercher quel est celui qui a l'avantage sur les autres. Or j'ai prouvé que des douze caractères auxquels on peut réduire les propriétés des corps, il en est au moins huit que nous connaissons par les espèces.

A quelques égards, le toucher est le rival des yeux; mais, pour l'exercer, il faut que les objets soient à sa portée; il faut qu'il les touche.

Au contraire, les yeux s'élancent dans l'espace. Sans doute, quand les corps sont trop éloignés, ils peuvent nous en donner de fausses images; mais placez les dans les mêmes conditions, c'est-à-dire à

portée des corps qu'ils doivent connaître, et vous verrez si les yeux ne sont pas infiniment plus utiles que les mains.

On dit que les yeux réduits à eux-mêmes ne sauraient donner aucune connaissance des corps. Eh quoi! quand je vois une sphère, c'est-à-dire une ligne courbe ou circulaire en tout sens; quand, déplaçant telle ligne, ou me déplaçant moi-même j'aperçois des corps que je ne distinguais pas auparavant, mon esprit ne conclura pas de la surface à la profondeur, et, par conséquent, à l'existence des corps? C'est ce que je ne saurais admettre.

A cet égard, ce que vous dit M. Rochoux du poussin, qui, à peine né, allait prendre sa nourriture, me paraît décisif.

Voyez encore cet enfant: il distingue son père entre tous les hommes; sa mère entre toutes les femmes; cependant il n'a jamais passé la main sur leur figure pour apprendre à les connaître : il n'a fait usage que de ses yeux.

M. Guéneau de Mussy : Je ne ferai qu'une seule observation. Oui, on reconnaît facilement les corps par la vue, quand le toucher a appris qu'il y avait des corps; mais, avant le toucher, la vue est impuissante à nous donner cette connaissance.

### *Séance du* 12 *Juin.*

Présidence de M. Moreau.

*De l'influence régulatrice du geste sur la phonation en général et sur le bégaiement;* par M. Serre. Rapport de M. Dubois d'Amiens.

On voit par le titre même de ce mémoire l'influence que M. Serres attribue au geste pour régulariser la parole du bègue.

Après de longues et sérieuses réflexions, M. Serre a cru pouvoir réduire à quatre les conditions d'une bonne phonation : 1° Mettre un intervalle égal entre chaque syllabe, c'est ce que le bègue et le bredouilleur ne doivent jamais perdre de vue. Chaque son, chaque syllabe doit occuper un temps subordonné à la rapidité de la phonation; mais leur rapport doit être constamment le même. Dans le cas contraire, il y a bredouillement et bégaiement. 2° Pour que l'émission des sons se fasse d'une manière pure, il faut lutter contre la paresse des muscles chargés de leurs modifications; ils doivent étendre leurs mouvements autant que possible. Les parties qui se sont éloignées d'une manière rapide et ferme ont moins de disposition à se réunir involontairement pour produire ces tremblements, ces spasmes, si fatigants pour les personnes qui entendent parler les bredouilleurs et les bègues : ceux-ci se trouvent habituellement dans une position semblable à celle où l'on est lorsque le froid paralyse l'action des lèvres. L'homme au verbe facile est alors dans l'impossibilité de les mouvoir, et il bredouille et il bégaie; il lui faut un haut degré de volonté morale pour surmonter cette stupeur et imprimer des mouvements assez brusques pour que le son soit convenablement articulé. 3° Pour rendre la sortie des voyelles et des syllabes régulière, et pour que celles-ci n'absorbent que le temps qu'elles doivent durer, un régulateur est nécessaire. C'est dans ce but que l'instinct fait exécuter au corps des mouvements d'une très-grande régularité. 4° Enfin, le geste, tout en suivant et contribuant à régulariser la phonation, sert à donner à la voix le degré d'intensité nécessaire pour se mettre en harmonie avec l'idée. Il détermine le courant d'air à se former dans le tube aérien, et déplace les obstacles que ce courant rencontre sur son passage à la glotte, sur la langue et entre les lèvres. Ces principes s'appliquent spécialement aux bredouilleurs et aux bègues, chez lesquels on retrouve un désordre complet dans la phonation : ils s'appliquent à tous les hommes appelés à parler en public, pour que l'auditeur ne perde pas une de leurs syllabes. En résumé, l'ordre dans l'apparition des sons est indispensable pour une bonne phonation. Pour l'établir, il faut un régulateur physique. Quand on est habile, le régulateur est dans l'intelligence, comme pour le musicien exercé, capable d'exécuter un morceau de musique sans battre monotoniquement la mesure avec le pied; enfin, les mouvements des muscles articulateurs doivent être amples, larges, et présenter de la fermeté. En observant ces principes, en les mettant en pratique d'une manière continue, je suis parvenu à ne pas bégayer, à ne pas bredouiller. Il m'est aujourd'hui impossible de bégayer, lorsque ma volonté est de ne pas bégayer. Si je cesse un instant d'avoir présents à ma pensée les principes de la méthode, je retombe dans mon ancienne difficulté de parler, qu'un effort volontaire fait aussi cesser instantanément. Des expériences faites sur moi-même et sur les bègues que j'ai traités, il résulte que la cure radicale du bégaiement est presque impossible ou du moins très-rare; le sujet porte en lui une disposition permanente à bégayer, d'autant moins impérieuse cependant qu'il aura acquis l'habitude de lutter contre elle. Aujourd'hui même, malgré les progrès que j'ai faits, je conserve des marques très-évidentes de cette disposition à l'occasion de l'émission de certaines voyelles simples ou nasales. Il y a peu de temps encore, voulant appeler Antoine, je ne pus jamais réussir; ce mot, que je prononçais facilement tout bas, et comme en parlant à moi-même, ne put sortir lorsque je m'adressai à lui, malgré la position de la pointe de la langue portée en haut et en arrière, malgré l'inspiration forcée tant recommandée, malgré la gesticulation : tout fut employé et rien ne réussit. Dans cette lutte pénible et infructueuse, force fut de tourner la difficulté; je sortis de ce cruel embarras, en renonçant à la voyelle nasale, ou en émettant brusquement l'articulation toine.

Toutes les méthodes connues pour guérir le bégaiement se réduisent à apprendre aux bègues à ne pas bégayer; en sorte que la guérison du bégaiement est le fruit d'une bonne éducation et d'une forte volonté.

En m'occupant du traitement du bégaiement; en enseignant aux autres les principes de la méthode, j'ai fait plus de progrès que mes nombreux élèves; avec moi, leur infirmité était peu de chose, et hors de ma surveillance, ils ont bégayé comme par le passé, excepté pour la lecture. La gesticulation, l'articulation forcée, la régularisation des espaces

phonétiques ont été pour moi un objet constant d'étude et de méditation ; un long exercice, une grande habitude, m'ont mis à même de me passer de la gesticulation, et dans les cas où elle devient nécessaire, je l'emploie sans que l'on se doute du motif qui m'y oblige.

Après quelques critiques de détail, M. le rapporteur loue la franchise de M. Serre, déclarant que rien n'est plus facile que de mettre le bégue en état de ne pas bégayer pendant quelques moments ; mais rien n'est plus difficile que de le maintenir dans cet état. Il propose à l'Académie de l'engager à poursuivre ses recherches si heureusement commencées; mais à les diriger du côté de la théorie, et surtout de la cure du bégaiement.

L'Académie adopte.

M. Maingault : M. Dubois a parlé de M. Serre comme s'il était le seul qui se fût occupé avec succès du traitement du bégaiement; tout le monde sait cependant que M. Colombat a émis sur cette infirmité une théorie fort judicieuse, et il y a lieu de s'étonner que M. le rapporteur ne l'ait même pas mentionnée.

M. Dubois : Le travail de M. Colombat est fort analogue à celui de M. Serre, et leurs théories reposent à peu près sur les mêmes principes. A l'égard des cures opérées par M. Colombat, j'y crois ; mais je répète, avec M. Serre, que s'il est facile d'apprendre aux bègues à ne pas bégayer, il est très-difficile de les empêcher de retomber.

M. Castel : Le mémoire de M. Serre peut être fort intéressant ; mais il renferme des subtilités. On demande si la voix peut être maîtrisée par le geste ; à cette question, je réponds non. Je ne dis pas cependant qu'il n'existe quelques rapports entre le geste et la voix ; mais il n'y a pas dépendance. Dans le bègue, en effet, les muscles qui concourent à l'émission de la voix sont en partie paralysés, tandis que ceux du geste ont toute leur liberté. Je ne m'attendais pas, je l'avoue, à voir les efforts des hommes de peine, et notamment des boulangers, confondus avec les gestes. Le boulanger qui, dans l'action du travail, pousse des cris répétés pour se soulager, ne gesticule pas; c'est une espèce d'*anhelitus*, suite des efforts qu'il fait et de la peine qu'il prend.

M. Serre dit qu'il faut un régulateur aux bègues, et cependant il convient qu'ils bégaient peu en lisant. Pourquoi? Parce qu'ils n'ont pas besoin de penser pour lire, tandis qu'il faut penser avant de parler ; et c'est la pensée elle-même qui gêne la parole.

Au total, la voix et les gestes sont subordonnés à l'impression de l'orateur, et cette impression est modifiée par la volonté, laquelle agit avec la promptitude de l'éclair.

*Des morts subites, de leur fréquence, de leurs causes;* par M. Devergie.

M. Devergie lit, sous ce titre, un long mémoire, sur lequel nous reviendrons après le rapport.

Nous nous contentons de dire aujourd'hui qu'il paraît que le but principal de l'auteur est de prouver que l'apoplexie cérébrale, si souvent invoquée pour expliquer les morts subites, est au contraire assez rare. L'apoplexie pulmonaire est beaucoup plus commune. La syncope tient le milieu. Cette cause de mort était difficile à apprécier; et, en effet, les preuves qu'en donne M. Devergie sont presque toutes négatives; mais elles lui paraissent aussi irrécusables que si elles étaient positives.

L'ivresse joue un assez grand rôle parmi les causes déterminantes. Sur 40 morts subites, elle a eu lieu 14 fois.

L'âge donne les rapports suivants :

| | | |
|---|---|---|
| De 20 à 30 ans, | 2 morts subites sur | 35 |
| De 30 à 40 ans. | . . . . . | 7 |
| De 40 à 50 ans. | . . . . . | 10 |
| De 50 à 60 ans. | . . . . . | 6 |
| De 60 à 70 ans. | . . . . . | 8 |
| De 70 à 80 ans. | . . . . . | 2 |

Enfin, les hommes y sont infiniment plus exposés que les femmes : proportion 8 à 1.

*Séance du 19 juin.*

Présidence de M. Moreau.

*Mémoire sur la dothinenterie;* par M. le docteur Putegnat, de Lunéville. Rapport de M. Bricheteau.

Il nous a semblé que M. Putegnat avait en vue de démontrer deux propositions capitales : l'une c'est que la dothinenterie est contagieuse; l'autre, c'est qu'on ne saurait admettre aucun traitement exclusif, pas plus les saignées que les purgatifs coup sur coup.

Au mois d'octobre 1835, une femme fait une visite à une personne qui avait été gagner la fièvre typhoïde dans un village voisin : elle tombe à son tour ; son mari et ses six enfants en sont pris successivement ; un seul habitant de la maison résiste : il avait quatre-vingt-deux ans.

La maladie passe à une garde-malade et à trois voisines amies.

Dans la même année, M. Putegnat fut appelé chez une mère atteinte de la fièvre typhoïde pour être restée près de son fils pendant le cours de la même maladie.

En 1836, le sieur A. D. eut une fièvre typhoïde très-grave : à peine était-il en convalescence, que sa sœur s'alita pour la même cause. Une dame qui habitait la même maison la quitte et va s'établir plus loin, emportant quelques symptômes de gastro-entérite ; quelques jours après, son petit garçon est pris de la fièvre typhoïde, et succombe en quatre jours. M. Putegnat ouvre le corps et paie son amour pour la science d'une maladie semblable qu'il communique à un domestique.

En 1837, mêmes observations.

De ces faits, et de quelques autres que nous passons sous silence, M. Putegnat conclut « que, dans les petites localités, la dothinenterie reconnaît souvent pour cause principale le contact immédiat répété, et plus souvent l'infection. »

Après ces considérations sur l'étiologie des fièvres typhoïdes, M. Putegnat signale une complication dont

les auteurs ne parlent pas, c'est l'inflammation lymphatique de l'un des membres abdominaux.

De 39 malades, M. Putegnat en a traité 30; il en a perdu 6.

Il n'a pas de traitement unique et ne comprend pas qu'on puisse en avoir; mais il étudie les indications et varie les moyens en conséquence.

Si la maladie est légère, il la laisse aller; si elle présente un embarras gastrique, il fait vomir; si c'est un embarras intestinal, il purge; si c'est un état inflammatoire, il saigne, etc.

Conclusions : 1° La fièvre typhoïde n'attaque pas plus les vieillards en province qu'à Paris.

2° Elle n'est pas aussi rare sur les enfants que le croit M. Louis; sur 39 malades, il se trouvait 9 enfants.

3° Les changements de lieux, de nourriture et d'habitudes font peu pour la fièvre typhoïde; les 39 malades étaient tous acclimatés.

4° En général, on peut suivre les dothinenteries de village en village, de maison à maison, de personne à personne.

5° La surdité n'est pas un signe heureux.

6° Un médecin sage ne saurait adopter le même traitement dans tous les cas; pas plus les saignées que les purgatifs; pas plus les toniques que les chlorures, etc.

M. Castel ouvre la discussion : Dothinenterie, fièvre muqueuse, fièvre typhoïde tout cela désigne une seule et même maladie. Et toutes ces fièvres, quelque variée que soit leur dénomination, constituent une maladie identique en soi, mais susceptible de divers degrés. Ceci soit dit en passant; car M. Putegnat ne touche pas cette question; il n'a parlé ni de l'étiologie, ni de la symptomatologie des fièvres. Il paraît qu'il n'avait qu'une seule chose en vue, la contagion de la fièvre typhoïde : mais cette question n'est pas susceptible d'une solution absolue. A l'égard du siége de la dothinenterie, je me bornerai à dire qu'il n'est pas exclusivement dans l'intestin; car les glandes mésentériques sont presque toujours tuméfiées, et les autres viscères du bas-ventre ne sont pas exempts de lésion.

Toutefois, il est important de se faire des idées nettes à cet égard, car le traitement en dépend : si, en effet, la fièvre typhoïde consiste en une simple inflammation de l'intestin, il est naturel d'en chercher le traitement dans les antiphlogistiques; si c'est au contraire, dans les symptômes, il est naturel de la combattre par les toniques.

M. Bricheteau : Pour moi, je crois fermement que la fièvre typhoïde a son siége dans l'intestin, puisque là existent ses principales lésions. Où la placer sans cela?

M. Rochoux : Quand une maladie se développe sous l'influence de causes générales, comme la fièvre typhoïde, il est fort difficile de dire si elle est contagieuse, ou si elle ne l'est pas.

Dans ce cas, il faut consulter l'expérience en grand, et consulter l'analogie. Ainsi, l'expérience a démontré que lorsqu'une maladie est réellement contagieuse, on la multiplie à volonté, en s'approchant d'elle et l'inverse.

Maintenant, consultez tous les médecins qui, depuis vingt ou trente ans, observent la fièvre typhoïde, il n'en est pas un qui vous dise qu'il l'a vue clairement se transmettre.

A la campagne, la question est encore plus difficile à résoudre, parce que là les influences atmosphériques sont plus sensibles, et qu'ils est plus difficile de s'y soustraire.

Mais s'il était prouvé que la fièvre typhoïde ne se transmet pas à Paris, il serait prouvé par cela même qu'elle ne se transmet pas hors de Paris, à moins qu'on ne veuille soutenir que ce qui n'est pas contagieux à la capitale puisse le devenir en province; ce qui est absurde.

Un autre reproche que j'adresserai à M. Putegnat, c'est qu'à la manière dont il parle de la fièvre typhoïde, on croirait qu'il la confond avec le typhus : je puis assurer cependant que ce sont deux maladies parfaitement distinctes, et qui n'ont rien de commun, excepté le nom.

M. Bouillaud : Le sujet traité par M. Putegnat, quoiqu'il soit très-borné, n'en est pas moins très-important, et M. Bricheteau a ajouté à cette importance par ses propres observations. Adopter la vérité *quand même*, c'est ma devise. Ainsi, si la fièvre typhoïde est contagieuse, il faut le dire; mais il faut le dire aussi si elle ne l'est pas. Or, je le demande, les faits cités par M. Putegnat, en faveur de la contagion sont-ils irréprochables, et peuvent-ils balancer, par leur nombre et par leur développement, les faits qui prouvent la non-contagion? Sur 20,000 faits et davantage, recueillis ou vus à Paris depuis une vingtaine d'années, combien en citerait-on en preuve de la contagion? Pas un seul.

Ce point examiné, je passe à d'autres. M. Bricheteau place le siége de la fièvre typhoïde dans l'intestin, et il a raison; mais il croit qu'il se borne là, et il a tort. Le sang est certainement altéré dans cette maladie, et cela est si vrai que je me fais fort de reconnaître la maladie sur les seules qualités du sang; non dans le commencement, non dans ces formes de la maladie connues sous les noms de fièvre inflammatoire, d'embarras gastrique de la fièvre bilieuse; mais dans une période plus avancée, et dans la forme adynamique ou putride, caractérisée par les pétéchies, les hémorrhagies, la sécheresse de la langue, la fétidité de l'haleine, etc. Alors, dis-je, le sang a, dans la fièvre typhoïde, des caractères aussi tranchés que dans les inflammations les plus décidées.

Dans le principe, le diagnostic de la fièvre typhoïde est assez difficile, et se confond à quelques égards avec les fièvres éruptives; mais on sait bientôt aussi à quoi s'en tenir. D'ailleurs, tout le reste diffère ainsi, relativement à la marche; les fièvres éruptives ont des marches fixées, prévues, nécessaires, et que rien ne peut abréger. Au contraire, la fièvre typhoïde est de ces maladies qui, bien traités, peuvent être arrêtées presque tout à coup. Pour ma part, il n'est pas rare que j'en vienne à bout dans le premier septenaire; voilà pourquoi je fais beaucoup moins d'ouvertures de corps qu'autrefois, car je guéris davantage. Je sais bien que les personnes qui n'ont pas été témoins de ces succès ont de la peine à y croire : elles disent que nous nous trompons dans le diagnostic; mais quand de nombreux élèves jugent comme nous, est-il probable que nous soyons tous dans l'erreur?

On connaît le traitement que nous employons : les

effets en sont si heureux que nous en sommes toujours étonnés. En effet, tandis qu'autrefois nous perdions un malade sur trois, nous n'en perdons maintenant qu'un sur sept à huit, et nos succès seraient encore plus grands si les malades nous arrivaient à propos.

Je comprends que ces vérités soient dures à entendre pour ceux qui, ayant fait leur éducation, n'en veulent pas changer; mais il est de notre devoir de les proclamer.

M. Cornac : J'avoue que l'analyse du mémoire de M. Putegnat, et les réflexions du rapporteur sont faites pour effrayer, et m'effraieraient en effet, si je n'étais assuré par mon expérience personnelle. Depuis vingt ans que je pratique la médecine dans les hôpitaux, j'ai vu nombre de fièvres typhoïdes; et je puis assurer que je suis encore à observer un seul fait de contagion.

Après un éloge de M. Putegnat, M. Piorry se demande ce que c'est que la fièvre typhoïde. Selon lui, on confond sous cette dénomination plusieurs états différents. Ce qu'il y a de certain, dit-il, c'est que toutes les fois qu'il existe une lésion des glandes de Peyer, il existe une altération du sang. Et tout, en effet, dépose de cette lésion.

Ainsi, quelle est la cause la plus générale de cette maladie? C'est l'encombrement; et quel est l'effet le plus positif de l'encombrement? C'est un *empoisonnement spécial.*

A l'égard des symptômes, quand la maladie débute, on a beau chercher du côté de l'abdomen, on ne trouve rien ou presque rien. Au contraire, les organes de la circulation sont dans un trouble évident.

Mais s'il y a altération du sang, on comprend par cela même la contagion. Toutefois, il est vrai de dire qu'elle est fort rare à Paris; mais supposons des circonstances plus favorables, et elle deviendra plus commune. La contagion de la fièvre typhoïde peut encore se déduire de ses analogies avec le typhus.

M. Gerdy: Je demande pardon à l'Académie de prendre la parole dans une question qui sort du sujet habituel de mes études; mais enfin je m'en suis occupé, et je me suis si souvent trouvé en lutte avec M. Bouillaud que je me sens entraîné presque malgré moi à continuer.

M. Bouillaud nous a dit qu'il n'avait pas toujours eu les idées qu'il vient d'émettre, et que puisqu'il en a changé, il faut croire qu'il est bien convaincu. Personne ici ne doute de ses convictions : mais il vient s'en faire un titre à notre confiance. J'avoue que ce changement produit un effet tout contraire sur moi; car si M. Bouillaud a changé une fois, qui m'assure qu'il ne changera pas encore?

Quelle est la nature de la fièvre typhoïde? Est-ce une maladie générale? Est-ce une maladie locale? Je crois qu'elle affecte toute l'économie, et que toutes les maladies internes et spontanées sont dans le même cas. Les épidémies et les épizooties peuvent nous donner une idée des maladies générales et de leur spontanéité. Là, en effet, il ne faut ni violence extérieure, ni accident extraordinaire pour les réaliser : elles se produisent sous la seule influence de l'atmosphère, et elles n'en sont que plus dangereuses.

Je sais que dans la fièvre typhoïde on trouve très-communément des lésions dans l'intestin; mais ces lésions sont des phénomènes du même ordre que les symptômes extérieurs, tels que la prostration, les pétéchies, etc.

La preuve qu'elles ne sont pas cause, c'est qu'elles ne sont pas constantes et qu'elles ne gardent aucune proportion avec les symptômes extérieurs. Ainsi on reconnaît tous les jours des symptômes des plus formidables avec les altérations anatomiques les plus légères et réciproquement.

Les symptômes et lésions anatomiques sont, je le répète, des phénomènes de même nature; ce sont, passez-moi l'expression, les frères d'une même mère.

Mais où est donc la maladie? On répond qu'elle est dans le sang. Et moi, je crois que cette réponse n'est qu'une défaite, un moyen, si vous voulez, de cacher une ignorance qu'on n'ose avouer. D'abord cela suppose que le sang est vivant. Je crois bien qu'il vit, mais les preuves n'en sont pas nombreuses. Pour moi, je n'en connais que deux, l'une, c'est qu'il ne se décompose pas; la seconde, c'est qu'il est susceptible de s'organiser.

Quoi qu'il en soit, le sang n'est sans doute pas le même dans tous les individus, et s'il varie de l'un à l'autre, on comprend que rien au monde n'est plus difficile que de dire ce qui en lui est altération et ce qui ne l'est pas.

Mais supposez qu'on ait découvert que le sang s'altère dans la fièvre typhoïde, qu'est-ce qui nous dira si cette altération est primitive ou si elle vient des solides?

En général, les solides commencent par s'altérer, et l'altération passe aux fluides. Qu'on surmène un bœuf pendant quelques heures, cela suffit pour le faire périr du charbon; qu'un homme se livre avec excès aux plaisirs de l'amour ou à des études sérieuses, il n'en faut pas davantage pour le faire périr d'une maladie grave.

M. Bouillaud parle beaucoup de l'exactitude de ses observations; mais tout le monde en dit autant. Il cite en preuve le témoignage de ses élèves; mais les élèves sont de mauvais juges; s'ils ont l'amour de la vérité, ils n'ont pas les lumières nécessaires pour la reconnaître. Parlez des savants, ceux-là y regardent de près, et si leur témoignage n'est pas infaillible, il est du moins très-imposant.

M. Bouillaud demande la parole pour un fait personnel; il dit qu'il n'a rien à désavouer dans sa vie médicale, et que libre comme la pensée, il n'a jamais reconnu de maître, il n'est l'élève de personne. Loin de mériter le reproche de contradiction qu'on lui adresse, il n'a fait que perfectionner les principes de traitement qu'il a posés dans son traité clinique et expérimental des fièvres essentielles.

M. Adelon : Je ne comprends pas comment on ose mettre en doute la vie du sang, et s'il vit comment ne serait-il pas susceptible d'altération? Le sang se fait et se refait sans cesse. Placé entre deux fonctions dont l'une lui fournit les matériaux de sa composition, et l'autre lui enlève les matériaux de la nutrition et des sécrétions, comment resterait-il impassible dans ce flux et reflux?

Tout le monde sait qu'une goutte de venin de la vipère, du serpent à sonnette déposée sur une plaie saignante produit les accidents les plus redoutables; or que devient ce venin s'il ne se mêle pas au sang?

Enfin, quand je réfléchis que de tout temps on a employé la saignée, il m'est impossible de ne pas admettre que le sang joue un très-grand rôle dans l'économie.

M. Piorry : Je m'étonne qu'un physiologiste aussi distingué que M. Gerdy ose mettre en doute la vitalité du sang. Il en distingue les maladies d'avec les altérations. J'avoue que je ne comprends pas bien cette distinction ; dans tous les cas elle est purement nominale ; elle ne touche pas au fond des choses. Voulez-vous connaître l'importance du sang, c'est facile ; ôtez-en une certaine quantité à un animal, et vous le voyez peu à peu s'affaiblir jusqu'à la syncope.

Mais il est inutile d'insister sur ce point ; les seules expériences de MM. Gaspard et Magendie qui ont développé tous les symptômes de la fièvre putride en injectant des matières corrompues dans les veines prouvent assez combien un sang pur et naturel est nécessaire à la santé.

M. Rochoux parle dans le même sens.

*Sur l'emploi de la noix vomique torréfiée ;* par le docteur A. Legrand.

M. le docteur A. Legrand a adressé la lettre suivante :

« Voici environ douze ans que M. Chrestien, de Montpellier, m'annonça qu'il avait retiré de grands avantages de l'emploi de la poudre de noix vomique torréfiée dans le traitement de l'épilepsie. Il avait, à cette époque, administré ce médicament avec suite à trente épileptiques, et il comptait huit cas de succès, tous confirmés par une période d'au moins huit années passées sans retour des accès. Il avait en outre obtenu, et plus fréquemment encore, des améliorations marquées, soit en éloignant les accès, soit en les rendant moins violents. Ses recherches sur l'emploi de ce médicament pour le traitement de l'épilepsie l'avaient amené à ce résultat facilement prévu, que les chances de succès étaient d'autant plus grandes, que la maladie était moins ancienne et que les cas les plus rebelles étaient ceux d'épilepsie par cause héréditaire ; cependant, même dans ces cas, il obtenait de l'amélioration, mais bien plus rarement une cure radicale.

» Il entrait dans les intentions de M. Chrestien, de donner à ces faits une grande publicité ; mais il est à craindre que son état de santé ne le lui permette plus jamais, et je crois devoir le faire avec d'autant plus de raison qu'ayant essayé cette méthode je la connais parfaitement.

» Sur les sept ou huit fois que je l'ai appliquée au traitement de l'épilepsie, je n'ai à proclamer qu'un seul cas de succès bien réel ; du moins deux ans après la cessation du traitement, la malade n'avait encore éprouvé aucun accès, et avant sa guérison elle en avait quelquefois plusieurs par mois. Dans les autres cas, j'ai souvent obtenu une amélioration marquée, mais momentanée. Cette amélioration a encore lieu chez un malade en traitement dans ce moment.

» J'administre généralement la noix vomique torréfiée le soir, au moment du coucher ; je commence par un quart de grain, et tous les douze ou quinze jours j'augmente la dose d'un quart de grain. On peut arriver ainsi à en donner douze, seize et même vingt-quatre grains par jour ; mais quand on arrive à ces doses élevées, ce qui est fort rare, on les divise en deux prises, dont l'une est alors administrée le matin. Le régime doit être doux, régulier et avec abstinence absolue de tout acide végétal, l'expérience ayant appris à M. Chrestien que l'usage de ces acides détruisait les bons effets du médicament. Lorsqu'on arrive à des doses un peu élevées (six ou huit grains pour la prise du soir), il survient fréquemment la nuit des sueurs abondantes, quelquefois avec éruption miliaire. Pour faciliter l'administration de la poudre de noix vomique torréfiée, je l'adjoins à la poudre de réglisse qui permet d'en fractionner plus facilement les doses, et qui dissimule un peu son amertume insupportable.

» Il est bien à désirer que mes confrères répètent ces essais dans les hôpitaux et dans la pratique de la ville. Je les y engage avec d'autant plus de confiance que ces essais n'entraînent avec eux aucune espèce de danger. En effet, l'emploi que je fais, depuis plus de huit ans, de la poudre de noix vomique torréfiée, dans le traitement de plusieurs autres maladies ne me permet pas de douter de sa parfaite innocuité, tout le temps qu'elle est administrée à des doses lentement et sagement progressives et qu'il n'existe vers les voies digestives aucune irritation de nature inflammatoire. »

---

## MEDICAL SOCIETY OF LONDON.

*Séance du 5 mars.*

Présidence de M. Bryant.

*Hermaphrodisme.*

M. Pilcher présente une préparation relative à un vice de conformation des organes génitaux chez une femme. Il s'agit d'une dame âgée de 65 ans, qui avait toujours été d'un caractère réservé. Peu de temps avant sa mort, il a fallu la sonder ; on s'est aperçu d'un défaut de conformation. A l'autopsie, on a trouvé l'état suivant :

Le clitoris est très-gros ; deux petites lèvres vulvaires pendent de chaque côté. Un peu au-dessous du clitoris est l'urèthre, et immédiatement au-dessous tout est uni et le périnée commence. Il y a des rudiments d'un utérus et d'un vagin ; ce dernier s'abouche dans le canal de l'urèthre, c'est la seule communication qui existe entre ces deux canaux. Les corps caverneux sont volumineux. Une prostate d'un volume considérable entoure le col de la vessie. A l'urèthre est attaché un bulbe qu'entourent plusieurs fibres musculaires, rudiments des canaux éjaculateurs. Les poils du pubis s'étendent plus haut que d'ordinaire chez la femme. Les mamelles manquaient entièrement. La femme était remarquablement musculeuse et avait une terrible barbe (*tremendous beard*). D'après les renseignements qu'on a pris, cette femme n'avait jamais été réglée. Ses amies n'a-

vaient eu aucun soupçon de sa conformation, mais elle-même, elle ne l'avait probablement pas ignorée, puisqu'elle ne laissait jamais personne entrer dans sa chambre lorsqu'elle s'habillait ou qu'elle était couchée. Elle n'avait jamais eu de propensions amoureuses.

M. Kingdon : La pièce que M. Pilcher vient de présenter offre la réunion des rudiments des deux sexes d'une manière plus prononcée que celles qu'on avait rencontrées jusqu'à ce jour. Le pénis est certainement aussi volumineux que chez beaucoup de pères de famille : vous y voyez le bulbe et quelque chose d'analogue à la prostate, comme dans le sexe mâle. La présence d'un utérus rudimenditaire, d'un vagin et des ovaires sont des caractères propres à l'autre sexe, de sorte qu'on peut soutenir que ce sujet offrait les éléments des organes des deux sexes à la fois. Pourtant les apparences extérieures étaient plutôt celles du sexe masculin. Je n'ai jamais vu de femme dont les poils pubiens s'étendaient aussi haut que sur cette pièce. Je connais l'histoire d'une jeune femme qui, en se mariant, avait les apparences d'un jeune homme gras; elle n'éprouva aucun plaisir dans le rapprochement et n'eut jamais aucun désir sexuel; l'ayant examinée, j'ai trouvé que l'ouverture vaginale n'était pas plus large que le méat urinaire; le vagin se terminait en cul-de-sac, et il n'y avait pas d'utérus; elle ne s'était mariée que pour avoir la fortune de l'homme qui l'a épousée. Dans un autre cas, une dame très-bien conformée en apparence, ayant les mamelles très-développées, manquait complétement de vagin : l'endroit de ce canal était rempli de tissu cellulaire. Chez elle pourtant l'utérus existait, et elle éprouvait un écoulement menstruel de temps en temps; le sang sortait par l'urèthre. Ce canal se terminait entre les nymphes; les grandes lèvres existaient à l'état normal. L'endroit de l'orifice du vagin était bouché par une membrane sémi-cartilagineuse. Cette femme n'avait jamais éprouvé le désir sexuel.

M. Pilcher rappelle le cas de la femme Brown qui a été assassinée par Grœnacre, chez laquelle on a trouvé le vagin et pas d'utérus; ses mamelles étaient très-développées.

M. Howell. Je demande la permission de rapporter un fait curieux qui a du rapport avec ceux qu'on vient d'exposer. J'ai été consulté pour une jeune dame chez laquelle le vagin était tellement étroit qu'une bougie uréthrale pouvait à peine y pénétrer; elle avait toutes les propensions ordinaires pour l'autre sexe; ses règles ne coulaient qu'avec beaucoup de peine. A ce fait, j'en ajouterai un autre. Un jeune homme très-bien conformé, ayant une forte barbe et les autres attributs extérieurs de son sexe, se maria il y a trois ans avec une jeune dame très-jolie; il coucha avec elle, et il ne l'a jamais approchée : la femme n'a pu me donner aucune raison pour cela. Je ne crois pas, du reste, que le cervelet préside aux propensions amoureuses, ainsi que Gall l'a prétendu; Magendie a rapporté le cas d'une jeune personne adonnée à la masturbation, et chez laquelle il n'y avait pas de cervelet.

—

*Causes de formation des sexes.*

M. Pilcher se livre à quelques considérations sur les causes des conformations défectueuses des organes génitaux qu'il rapporte à une loi générale, à l'arrêt de développement. Il est prouvé, dit-il, que l'origine des organes sexuels du fœtus est absolument la même chez les deux sexes; si plus tard l'œuf n'a pas assez d'énergie pour se développer tel qu'il était en origine, son sexe se dessine pour celui d'une femelle. On dirait en vérité que le type primitif que la nature a établi dans la génération est le sexe mâle. Il est digne de remarque que les vices de conformation des organes génitaux sont plus fréquents dans le sexe mâle, tandis que ceux des autres parties du corps se rencontrent plus souvent dans le sexe femelle. Je ne veux pas conclure de ce qui précède que les organes sexuels de la femme ne soient que le résultat de l'arrêt de développement des organes sexuels chez l'homme; j'ai voulu dire seulement qu'il y avait moins de force de développement dans l'œuf femelle que dans celui de l'autre sexe. Ces réflexions me conduisent naturellement à rechercher la cause de la formation des sexes. Pour moi, l'opinion qui rattache le sexe de la progéniture au degré de force de l'un ou l'autre des parents me paraît la plus conforme à l'observation. Nous voyons tous les jours, en effet, un homme fort et vigoureux procréer plutôt des garçons que des filles, tandis qu'un homme faible, trop jeune ou vieux, ne donne naissance qu'à des filles.

M. Shearman n'adopte pas la doctrine précédente. Il cite le cas d'un monsieur, qui, dans la vigueur de sa vie, n'eut que six filles, et qui, arrivé à un âge avancé, eut un garçon. Ces exemples, d'ailleurs, ajoute-t-il, ne sont pas rares.

M. Stewart : Tous les vices de conformation ne consistent pas dans un arrêt de développement; il y en a qui consistent, au contraire, dans un excès; de ce nombre sont, par exemple, les doigts surnuméraires; c'est aussi le cas de l'accumulation des organes des deux sexes chez un même individu, organes dont les uns sont complets, les autres incomplets.

M. Crisp parle dans le même sens. Il cite le cas d'un enfant né avec deux têtes, dont l'une était belle et bien portante, l'autre pâle et sans vie. Il n'adopte pas, du reste, l'opinion de M. Pilcher relativement à la cause de la formation des sexes.

M. T. Thomson : La physiologie n'a rien révélé de positif, jusqu'à ce jour, qui pût éclairer la véritable cause formatrice des sexes. La statistique cependant a démontré d'une manière incontestable que la majorité des enfants nés de parents forts, vigoureux et bien portants sont du sexe mâle, et *vice-versâ*. Il est d'observation, d'ailleurs, qu'à la campagne les enfants aînés sont, en grande partie, du sexe mâle; c'est qu'ils sont faits dans la vigueur de la vie des parents. Il est aussi de fait que les enfants aînés des Parisiens sont, en grande partie du sexe femelle, à cause de la faiblesse constitutionnelle des parents.

*Carcinome testiculaire chez le chien.*

M. Langstaff présente le testicule gauche d'un vieux chien (*scotch terrier*) atteint de carcinome. L'organisation primitive de l'organe a entièrement disparu. A sa face externe et dans l'albuginée la tu-

meur présente plusieurs végétations carcinomateuses, dont la structure est pareille à celle de la masse totale. L'épidydyme est sain. La vaginale et l'albuginée sont très-épaissies. Le cordon spermatique n'offre rien d'anormal, mais le vaisseau déférent est oblitéré. L'autre testicule du même animal a été également préparé par M. Langstaff; il est sain et existait dans l'abdomen; seulement son volume est plus petit que dans l'état normal. Un pareil arrêt de développement a été souvent rencontré par M. Langstaff sur le testicule de l'homme. Il fait observer que les chiens, comme plusieurs autres animaux, sont sujets aux affections carcinomateuses et aux fongus hématodes dans plusieurs régions du corps, mais il ajoute qu'il n'avait pas encore rencontré le carcinome dans le testicule du chien. Le foie, les côtes, et plusieurs autres os, présentaient chez ce chien la même degénérescence que le testicule.

*Séance du 27 mars.*

Présidence de M. Bright.

*Usage de l'arsenic dans les maladies de l'utérus.*

M. Hunt, médecin à Dartmouth, lit un mémoire sur ce sujet. La première fois que l'auteur a observé les effets de l'arsenic sur l'utérus, c'était chez une femme atteinte d'un carcinome de cet organe; il a vu que les souffrances diminuaient d'une manière fort remarquable à mesure que les doses étaient élevées au point de produire des symptômes d'empoisonnement. Réfléchissant d'autre part que chez les personnes empoisonnées par l'arsenic les organes génitaux se trouvent souvent gonflés et enflammés, M. Hunt a pensé que ce remède pouvait procurer des effets salutaires dans certaines maladies utérines. Ce qui confirmait encore sa présomption, c'est qu'une malade chez laquelle le docteur Locock avait plusieurs fois appliqué de l'arsenic sur le nez pour la guérir d'une affection locale, avait vu disparaître, sans aucune autre médication, une ménorrhagie : il en a obtenu des résultats fort remarquables chez ces six malades; il n'y avait pas de lésion organique de l'utérus, mais l'écoulement était si abondant que les forces de la constitution paraissaient s'épuiser.

M. Hunt a ensuite appliqué le même remède dans d'autres lésions soit fonctionnelles soit organiques de la matrice, et il n'a eu qu'à s'en louer beaucoup. Les maladies dans lesquelles l'arsenic lui a le mieux réussi sont : 1° le cancer, 2° les irritations névralgiques de l'utérus qui se déclarent surtout aux époques menstruelles. L'auteur termine son mémoire par quelques réflexions sur le mode d'action du remède; il croit que l'arsenic agit en tonifiant les tissus de l'appareil génital et en particulier les muqueuses.

M. Locock. Le cas qui m'est propre et que l'auteur du mémoire vient de citer est le premier qui ait appelé mon attention sur l'action de l'arsenic sur l'appareil utérin; mais depuis j'ai pu constater plusieurs fois le même fait. Plusieurs femmes atteintes de pertes habituelles et graves de l'utérus ont été traitées par moi avec le plus grand succès à l'aide de l'arsenic donné intérieurement. Les effets salutaires de ce remède ont surtout été fort marqués toutes les fois que l'hémorrhagie était de nature passive ou atonique; mais j'en ai aussi obtenu de très-grands avantages quand la perte était aiguë; dans ce cas, je l'ai toujours prescrit après la déplétion. Quant à son action sur le cancer utérin, je dois dire que je ne l'ai employé qu'une fois, et que son effet a été extrêmement satisfaisant, en ce sens que les douleurs horribles que la malade éprouvait et qui avaient résisté aux opiacés donnés à hautes doses (24 grains d'acétate de morphine par jour) ont cédé comme par enchantement à l'administration de l'arsenic. Ce remède, je l'ai donné dans ce cas d'après le conseil de M. Brodie que j'avais appelé en consultation; il m'a rapporté que chez une malade atteinte de cancer à la matrice, sir A. Cooper avait observé des effets fort salutaires de l'usage de l'arsenic. Nous l'avons donné par petites doses, en nous servant de la liqueur arsenicale, une ou deux gouttes plusieurs fois par jour (dix gouttes par 24 heures).

M. Merriman. J'aurais désiré plus de détails dans les six observations de ménorrhagie rapportées par M. Hunt. L'auteur n'a exploré par le vagin que deux de ces malades seulement. Dans les quatre autres cas, nous sommes par conséquent dans l'ignorance relativement à la nature de l'hémorrhagie. Personne d'entre vous n'ignore que la ménorrhagie peut dépendre de causes diverses. Pour apprécier convenablement la portée du remède, il aurait fallu déterminer d'abord l'espèce de lésion. Le cancer utérin a été attaqué par une foule de remèdes; quelques-uns de ces remèdes ont fait du bien dans un ou deux cas, puis ils ont échoué dans d'autres. Lorsque M. Carmichaël publia sa brochure sur les effets des préparations de fer dans les affections cancéreuses de la matrice, j'ai administré le sulfate de fer dans plusieurs cas de cette nature; eh bien! j'ai vu la maladie empirer visiblement sous l'influence de ce remède. Je dois dire néanmoins que les injections faites avec une solution de sulfate de fer m'ont souvent été utiles en calmant les douleurs d'une manière remarquable; mais dans une foule de cas ces mêmes injections ont complétement échoué.

M. Locock: D'après les observations qui me sont propres, je suis porté à croire que l'arsenic n'arrête autrement l'hémorrhagie qu'en tonifiant la muqueuse. Les cas, en effet, dans lesquels il m'a le mieux réussi sont ceux de femmes débiles chez lesquelles la ménorrhagie avait été la conséquence de fausses couches fréquentes ou de parturitions répétées. Je dois ajouter néanmoins que le même remède m'a réussi également dans deux cas de dysménorrhée chez une femme hystérique.

M. Burne : Il m'est arrivé de combattre avec succès la ménorrhagie à l'aide du seigle ergoté. On dirait que dans les cas qu'on vient de citer l'arsenic ait agi d'une manière analogue. M. Hunt dit avoir traité avec succès les douleurs utérines au moyen de ce remède; j'ai obtenu le même effet à l'aide d'un demi-grain d'extrait de belladone chez les femmes dont les douleurs se montrent à l'époque de la menstruation.

—

# TABLE DES MATIERES

CONTENUES DANS CE VOLUME.

BULLETIN MÉDICAL BELGE.

MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.


SCHOENFELD. Cas curieux de maladie du clitoris. 175
Rapport fait à la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles, sur l'observation qui précède. 177
MANNI. Essai sur les maladies périodiques. — Rapport de M. MEISSER. 179
BODART (H.-J.). Mémoire sur l'application du forceps au détroit inférieur. 180
Rapport fait à la Société de médecine d'Anvers, sur le mémoire qui précède. 182
DELHAYE. Faits pratiques constatant l'efficacité des mercuriaux, calomel et onguent mercuriel double, comme antiphlogistiques, et spécialement dans l'inflammation des séreuses. 183
MARINUS (J.-R.). Sur l'art de recueillir et de rédiger des histoires particulières de maladies. 189


BIBLIOGRAPHIE.


PÉTREQUIN. Recherches sur la menstruation (analyse de M. Cunier). 190
MATTHYSSENS. Précis élémentaire de médecine légale (analyse de M. Marinus). 197


JOURNAUX FRANÇAIS.

A. LANCETTE FRANÇAISE, GAZETTE DES HOPITAUX.


HÔPITAL DES ENFANTS MALADES (*M. Guersent*). Laryngite striduleuse. Soupçons de croup. Saignées locales et vomitifs. Guérison. 147
DISPENSAIRE Ste GÉNÉVIÈVE (*M. Tanchou*). Cystocèle vaginale. Leucorrhée. Guérison par un sachet. *ib.*
HÔTEL-DIEU (*M. Chomel*). Abcès du bassin, suite des couches. Mort. Autopsie. 148
HOPITAUX ANGLAIS (*M. Walker*). Plusieurs cas de péricardite rhumatismale suivis de nécropsie. 150
HÔPITAL DE LA PITIÉ (*M. Piorry*). Anévrysme de l'aorte (*Hyperaortectasie. Hypercardiotrophie*). 151
HÔTEL-DIEU (*M. Chomel*). Pneumo-thorax. 152
HÔPITAL DE LA CHARITÉ (*M. Rayer*). Observation de courbure de la colonne vertébrale, compliquée d'un abcès tuberculeux du ligament intervertébral des sixième et septième vertèbres dorsales; compression de la moelle épinière; paralysie des membres inférieurs. 154
HÔPITAL MILITAIRE DE BORDEAUX (*M. Bernet*). Anévrysme faux consécutif, guéri par la compression et les astringents. 155
HÔPITAUX ITALIENS. Cas remarquable d'hydropisie de la mamelle. 156
HÔPITAL DES VÉNÉRIENS (*M. Ricord*). Fistule de la région spongieuse de l'urèthre. Opération d'après la méthode de M. Dieffenbach. *ib.*
HÔPITAUX DE LONDRES (*Guy's Hospital*). Tumeur hydropique de la mamelle. 157
HOPITAUX ITALIENS. Céphalalgie intense et opiniâtre. Mort. Nécroscopie. Fongus des couches optiques. 158
» Aiguille enfoncée dans le pharynx; extraction. 159
HÔTEL-DIEU (*M. Chomel*). Angine tonsillaire traitée par le tartre stibié. 160
HÔPITAL St LOUIS (*M. Biett*). Tubercules et ulcères syphilitiques cutanés. Insuccès de plusieurs traitements mercuriels. Guérison par le proto-iodure de mercure. Réflexions sur les préparations d'argent. 161
HÔPITAL DES VÉNÉRIENS (*M. Ricord*). De la syphilis constitutionnelle et de son traitement. 162
HÔPITAL DE PADOUE (*M. Giacomini*). Cystite intense et entérite aiguë. Bons effets de l'huile de térébenthine à haute dose. 163
HÔPITAUX DE LONDRES. (*Westminster dispensary*). Ivresse stertoreuse. Trachéotomie. Guérison. 164
HÔPITAL DES VÉNÉRIENS (*M. Ricord*). Fistule aérienne. Rhinoplastie. Guérison. 165

B. GAZETTE MÉDICALE DE PARIS.

Ashwell. Mémoire sur la chlorose et ses complications. 185
Robert Lee. Mémoire sur les tumeurs fibro-calcaires et les polypes de l'utérus. 204
Dieffenbach. De la résection des os de la face. 211
Hayn. Observation d'un accouchement provoqué. 214
John Burne. Mémoire sur l'inflammation chronique et les ulcères perforants du cœcum et de l'appendice vermiforme, et des abcès stercoraux qui en résultent. 215
Toulmouche. Mémoire sur l'emploi du chlore dans la bronchite aiguë et chronique. 222

C. L'EXPÉRIENCE, JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

Susewind. Cas de menstruation précoce. 195
Marchand (R.-F.). De l'existence de l'urée dans des parties de l'organisme animal autres que l'urine. 197
Duplay. Quelques observations pour servir à l'histoire de l'inflammation de la veine ombilicale. 202
Mondière. Recherches pour servir à l'histoire de la perforation des intestins par les vers ascarides et des tumeurs vermineuses des parois abdominales. 208
Tessier. De la diathèse purulente. 220
Nouveau-né enterré en état d'asphyxie, puis rappelé à la vie. 230
De la désarticulation du bras dans quelques cas de présentation de l'épaule. 232

G. REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

Petit. Traitement médical des calculs urinaires par les eaux de Vichy. 105
Pamard. Mémoire sur l'iritis. (Suite et fin.) 111
Bourgeois. Du danger d'être enterré vivant et des moyens de constater la mort. 115
Chailly. Note sur l'état des trous rachidiens dans les déviations de la colonne vertébrale. 119

H. ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

Rilliet. Mémoire sur la pseudo-mélanose des poumons. 109
John Hamilton. Mémoire sur quelques effets qui résultent de la blessure des nerfs. 114
Corrigan. De la cyrrhose du poumon. 120
Néret. Nouveau procédé pour l'arrachement de l'ongle incarné (ongle entré dans les chairs). 123

K. ANNALES D'HYGIÈNE ET DE MÉDECINE LÉGALE.

Chambeyron. Blessures suivies de mort faites par un épileptique, probablement dans l'accès ou immédiatement après. 55
Hélie. De l'action vénéneuse de la rue, et de son influence sur la grossesse. 57

L. BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE.

Fuster. Considérations sur les méthodes exclusives de traitement de la fièvre typhoïde. 87
Quelques considérations pratiques sur les otorrhées les plus graves et sur leur traitement. 89
Forget. Considérations pratiques sur le bubon, pour servir au traitement des affections syphilitiques. 92
Béral. Note sur le laudanum de Rousseau, et formules de plusieurs composés dont il est la base médicamenteuse.
Mouchon. Note sur la préparation d'un sirop de Polygala de Virginie. 98
Formules de différents cosmétiques. 99
Sur quelques cas intéressants de phlébite. 100

M. JOURNAL DE PHARMACIE.

Quevenne. Étude microscopique et chimique du ferment, suivie d'expériences sur la fermentation alcoolique. 57
Girardin. Mémoire sur les pommes de terre gelées. 72
Charpentier. Observations pour servir à l'histoire des sangsues. (Rapport de MM. Boullay et Guibourt.) 75
Société de pharmacie de Paris. Séances du 4 avril, du 2 mai et du 6 juin 1838. 80

## JOURNAUX ALLEMANDS.

C. W. HUFELAND'S JOURNAL DER PRACTISCHEN HEILKUNDE, CONTINUÉ PAR E. OSANN.

Horst. Fièvre intermittente pernicieuse et soporeuse, observée chez un garçon qui n'avait pas encore atteint l'âge de trois ans. 125
De Tott. Sur l'efficacité du petit-lait dans certains cas d'affections opiniâtres de l'estomac. 129

CASPER'S WOCHENSCHRIFT FUER DIE GESAMMTE HEILKUNDE.

Steifensand. Sur les plaies du cœur et sur l'épanchement de sang dans les cavités thoraciques. 131

KRIEG. Sur les menstrues et quelques emménagogues. 136
POPKE. Memorandum de quelques anciens remèdes efficaces. 140

BERLINER MEDICINISCHE CENTRAL-ZEITUNG VON Dr J.-J. SACHS.

Cas de rupture de la veine cave inférieure. 143
Tumeur axillaire produisant du lait. *ib.*

## JOURNAUX ANGLAIS.

LONDON MEDICAL GAZETTE.

ARCHIBALD BROWN. Exemple de menstrues dans un âge avancé. 144
Cas de vomito-negro chez un Africain. 145
Cas d'abcès au foie. 146
NAMIAS. Effets du sang des cholériques sur des animaux. *ib.*
CONQUEST. Résultats de la ponction dans dix-neuf cas d'hydrocéphale. 147
THOMAS FALCON. Cas de transposition des viscères. 150
LUIGI CALORI. De la structure microscopique du cerveau et de ses tissus. *ib.*
WHITE et GUTHRIE. Observations cliniques faites à l'hôpital de Westminster, sur les fractures compliquées, les plaies d'armes à feu et la nécrose. 151
MIS. Cas de chorée. 153
LAWRENCE. Leçon clinique sur la syphilis. 155
THURSFIELD. Femme à trois mamelles. 159

THE LANCET.

PERRY. Extraction de la mâchoire inférieure. 160
BAINBRIDGE. Magnétisme animal. *ib.*

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie royale de médecine. 115
Medical Society of London. 123